



## Schadenanzeige Transportversicherung

### Versicherungsnehmer

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Firma / Name                     | <input type="text"/>                                      |
| Strasse / Postfach               | <input type="text"/>                                      |
| PLZ / Ort                        | <input type="text"/>                                      |
| Zuständige Person                | <input type="text"/>                                      |
| Telefon                          | <input type="text"/>                                      |
| Fax                              | <input type="text"/>                                      |
| E-Mail                           | <input type="text"/>                                      |
| Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

### Kontoangaben

|           |                      |              |                      |
|-----------|----------------------|--------------|----------------------|
| Name Bank | <input type="text"/> | IBAN         | <input type="text"/> |
| Konto Nr. | <input type="text"/> | Clearing Nr. | <input type="text"/> |

### Versicherungsgesellschaft

|      |                      |             |                      |
|------|----------------------|-------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Policen Nr. | <input type="text"/> |
|------|----------------------|-------------|----------------------|

### Transportmittel

|                                  |                                    |   |                 |                      |                      |
|----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------|----------------------|----------------------|
| Eigenes <input type="checkbox"/> | Fremdes <input type="checkbox"/>   | Strassenfahrzeug <input type="checkbox"/> | Kontrollschild  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schiff <input type="checkbox"/>  | Flugzeug <input type="checkbox"/>  | Eisenbahn <input type="checkbox"/>        | Name            | <input type="text"/> |                      |
| Post <input type="checkbox"/>    | Paket <input type="checkbox"/>     | Brief <input type="checkbox"/>            | Versandart      | <input type="text"/> |                      |
| Wir waren tätig als              | Spediteur <input type="checkbox"/> | Frachtführer <input type="checkbox"/>     | Andere Funktion | <input type="text"/> |                      |

### Reiseroute

|  |                             |                               |                      |               |                      |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Absender   | <input type="text"/>        |                               |                      |               |                      |
| Empfänger  | <input type="text"/>        |                               |                      |               |                      |
| Spediteur  | <input type="text"/>        |                               |                      |               |                      |
| Ladedatum  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | Verladeart    | <input type="text"/> |
| Abgangsort   | <input type="text"/>        |                               |                      | Empfangsort   | <input type="text"/> |
| Abgangsdatum   | <input type="text"/>        | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | Empfangsdatum | <input type="text"/> |
| Wurde die Ware umgeladen oder zwischengelagert         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                      |               |                      |
| Wo und wer   | <input type="text"/>        |                               |                      |               |                      |
| Wer hat die Ware abgeladen                             | <input type="text"/>        |                               |                      |               |                      |
| War die Ware bei der Übernahme in Ordnung / Vorbehalte | <input type="text"/>        |                               |                      |               |                      |

## Ausstellung und Messe

Name

Adresse

Datum von    Datum bis

## Transportgut / Ware

Bezeichnung  Anzahl / Gewicht

Verpackung  Fakturawert inkl. Währung

Schadenhöhe  Empfangsdatum

Wurde das Fahrzeug nach der Beladung plombiert Ja  Nein  Plomben Nr.

Ist die Plombe auf dem Frachtdokument aufgeführt Ja  Nein

War der Wechselbehälter bei Übernahme plombiert Ja  Nein

Hat der Fahrer eine Tatbestandsaufnahme gemacht Ja  Nein

Besteht eine separate Transportversicherung Ja  Nein

Versicherung  Policen Nr.

## Angaben zum Schadenereignis

Schadendatum    Zeit

Ort / Strasse

Beschreibung des Unfallherganges

Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden Ja  Nein

Trifft eine andere Person ein Verschulden Ja  Nein  Wen

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen Ja  Nein  Polizeistelle

Wurden spezielle Bedingungen vereinbart z.B. ASTAG-Haftpflichtbestimmungen Ja  Nein  Welche

## Schadenminderungsmassnahme

Standort der Güter

Welche Massnahmen wurden getroffen

## Geschädigte Partei

|                   |                      |              |                      |
|-------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Firma / Name      | <input type="text"/> |              |                      |
| Strasse           | <input type="text"/> |              |                      |
| PLZ / Ort         | <input type="text"/> |              |                      |
| Zuständige Person | <input type="text"/> |              |                      |
| Telefon / E-Mail  | <input type="text"/> |              |                      |
| Name Bank         | <input type="text"/> | IBAN         | <input type="text"/> |
| Konto Nr.         | <input type="text"/> | Clearing Nr. | <input type="text"/> |

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner ist die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen.

Ort / Datum ..... Firmenstempel / Unterschrift .....