

Schadenanzeige

Transport-Versicherungen

Transportmittel

Strassenfahrzeug
 Flugzeug
 Bahn
 Schiff
 Post
 Andere

Versicherer		Versicherungsnehmer	
Gesellschaft		Name	
Police Nr.		Strasse	
Schaden-Nr.		PLZ Ort	

MwSt-pflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahlungsverbindung	
MwSt-Nr.		Bank, Ort IBAN-/Konto N°	
		PC-Konto N°	

Versicherte Reise

Von	
Nach	
Kontrollschild	
Name des Schiffes	
Ort des Versicherungsbeginns	
Ort des Endes der Versicherung	
Verladehafen	
Bestimmungshafen	

Transportierte Güter

<ul style="list-style-type: none"> • Art der Waren • Markierung und Nr. • Anzahl und Art der Packstücke • Verpackungsart • etc. 	
--	--

Schadenereignis

Durch wen wurde der Schaden verursacht	
Datum / Uhrzeit	
Ort / Strasse / Land	

Schadenhergang	
Detaillierte Beschreibung des Ereignisses • Hergang • Art der Beschädigung / Skizze	

Schadenaufstellung (bitte Kaufbelege beilegen)						
Anzahl	Objekt / Sache	Kaufpreis / Wert / Quittung	Beschädigt	Zerstört	Gestohlen	Schadenhöhe
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Liste mit allen gewünschten Angaben gemäss Beilage

Besteht eine Frachtführer-/Spediteurhaftpflicht-Versicherung?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gesellschaft:	Police Nr.

Sind die Waren anderweitig transportversichert?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gesellschaft:	Police Nr.

Wurde ein Rapport aufgenommen?	
<input type="checkbox"/> Ja, erstellt am	<input type="checkbox"/> Nein
Durch wen (Polizei, Eisenbahn, Post, Zoll, Havariekommissär)	

Zuständig bei Rückfragen	
Broker	Walser Consulting AG
Versicherungsnehmer/in (Name, Telefon)	

Bemerkungen / Ergänzungen / Hinweise

Der/die VersicherungsnehmerIn darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er/sie ermächtigt die Versicherungs-Gesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffende amtlichen Akten. Er/sie ist ferner damit einverstanden, dass die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte (z.B. beteiligte Versicherer) weitergeleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte eingeholt werden können.

Ort, Datum	
Unterschrift	