

## SCHADENANZEIGE 1/3 Transport-Versicherung

### 1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr.
Telefon	Schaden-Nr.
Ansprechpartner	PC oder Bankverbindung
E-Mail	MwSt.-pflichtig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### 2. SCHADENEREIGNIS

Schadendatum	Schadenort
	Genaue Lokalität
Schadenhergang	
Polizeirapport	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja – Dienststelle

### 3. SCHADENUMFANG

#### Transportgut

Was wurde transportiert?
Anzahl oder Gewicht
Versandart
Schadenhöhe
Fakturawert
Nr. der Versicherungsanmeldung

### 4. TRANSPORTMITTEL

Transportmittel	Art und Marke	Kontrollschild-Nr.
<input type="checkbox"/> Camion	<input type="checkbox"/> Schiff	<input type="checkbox"/> Flugzeug
<input type="checkbox"/> Bahn		
<input type="checkbox"/> Andere		

Wer hat	Name/Firma	Strasse	PLZ/Ort
Verpackt?			
Geladen und verstaut?			
Abgeladen?			

SCHADENANZEIGE 2/3  
Transport-Versicherung

## 5. FAHRZEUGLENKER

---

Name/Firma/Adresse

---

## 6. TRANSPORTWEG

	Name/Firma	PLZ/Ort	Datum
Abgangsort			
Umladeort			
Ankunftsort			

---

Wurden am Abgangsort bereits Unregelmässigkeiten festgestellt?  Nein  Ja – Welche?

---

## 7. GESCHÄDIGTE

Name/Vorname/Firma	Strasse
PLZ/Ort	Telefon
PC- oder Bankkonto	Bank/Filiale

---

## 8. ALLGEMEINE FRAGEN

---

Wurde der Schaden durch eine Drittperson verursacht?  Nein  Ja – Name/Adresse

---

Besitzt der Verursacher eine Haftpflichtversicherung?  Nein  Ja – Welche Gesellschaft?

---

Bestehen für die vom Schaden betroffenen Sachen andere Versicherungen?  Nein  Ja – Welche?

---

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?

---

Wurde der Frachtführer haftbar gemacht?  Ja  Nein

---

## 9. BEMERKUNGEN

---

---

---

---

---

---

---

---

SCHADENANZEIGE 3/3  
Transport-Versicherung**10. BEILAGEN (SOWEIT VORHANDEN)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Versicherungszertifikat (Original)<br>Insurance certificate        | <input type="checkbox"/> Konnossement (Original)<br>Bill of lading (B/L)                                | <input type="checkbox"/> Antwort auf Vorbehaltsschreiben<br>Carrier's reply        |
| <input type="checkbox"/> Pack- und/oder Gewichtsliste<br>Packing list and/or list of weight | <input type="checkbox"/> Luftfrachtbrief (Original)<br>Airway bill                                      | <input type="checkbox"/> Tatbestandsaufnahme Bahn<br>Railway services claim report |
| <input type="checkbox"/> Handelsrechnung<br>Commercial invoice                              | <input type="checkbox"/> Postaufgabequittung<br>Postal receipt  | <input type="checkbox"/> Schadenprotokoll der Post<br>Postal services claim report |
| <input type="checkbox"/> Lieferschein (Original)<br>Delivery receipt                        | <input type="checkbox"/> Nachforschungsbegehren der Post<br>Postal tracer                               | <input type="checkbox"/> Endgültige Verlustbestätigung<br>Final loss certificate   |
| <input type="checkbox"/> Frachtbrief (Original)<br>Way bill                                 | <input type="checkbox"/> Havarie-Zertifikat (Original)<br>Survey report                                 | <input type="checkbox"/> Vorliegende Korrespondenz<br>Existing correspondence      |
| <input type="checkbox"/> CMR-Frachtbrief (Original)<br>CMR-waybill                          | <input type="checkbox"/> Speditions- und/oder Transportauftrag Order<br>for forwarding and/or transport | <input type="checkbox"/> Schadenrechnung<br>Claim bill                             |
| <input type="checkbox"/> Bahnfrachtbrief<br>Railway bill                                    | <input type="checkbox"/> Vorbehaltsschreiben gegenüber Frachtführer<br>Claim against carrier            | <input type="checkbox"/> Fotos<br>Photos   |

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der/die Unterzeichnende darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an [versicherungen@arisco.ch](mailto:versicherungen@arisco.ch) oder per Post an die Geschäftsstelle Ihres Mandatsleiters. Die Adresse finden Sie auf [www.arisco.ch/kontakt](http://www.arisco.ch/kontakt). Vielen Dank.

DRUCKEN

ZURÜCKSETZEN

SENDEN