

Vers.-Nr. _____		Versicherer _____	
Versicherungsnehmer			
Name _____		Tel. tagsüber _____	
Straße, Nr. _____		E-Mail _____	
PLZ, Ort _____			
Bankverbindung für Zahlungen			
IBAN-Nr. _____		BIC-/SWIFT-Code _____	
Schadeneintritt			
Reise von _____		nach _____	
Transportmittel _____		pol. Kennzeichen _____	
bei Generalpolicen: Transport angemeldet am _____		Blatt-Nr. _____ lfd.Nr. _____	
1. Wann hat sich der Schaden ereignet?		am _____	um _____ Uhr
2. Wo ist der Schaden eingetreten? _____			
3. Wer bemerkte den Schaden zuerst? / Und wann? _____			
4. Wann erhielten Sie vom Schaden Kenntnis?		am _____	um _____ Uhr
5. Art des vom Schaden betroffenen Gutes?		Fabrik-Nr. _____	Baujahr/Alter _____
		Zeitwert _____	Neuwert _____
6. War das versicherte Gut zum Beginn des Transportes einwandfrei? _____			
7. Wie waren die Güter verpackt und verladen? _____			
8. Sind Schäden am Transportmittel zu erkennen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art _____
Sind Schäden an der Verpackung zu erkennen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art _____
9. Ursache, Art und Hergang des Schadens? (ausführliche Darstellung, evtl. auf Beiblatt erbeten; bitte Skizze, Fotos, Prospekte und dergleichen zur Erläuterung verwenden!)			
10. Wie hoch schätzen Sie den Schaden? _____			
11. Liegt Totalschaden vor?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Grund _____
12. Wo kann das beschädigte Gut besichtigt werden?		Name _____	Anschrift _____
13. Welcher Havarie-Kommisar/Sachverständige hat den Schaden besichtigt? _____			
14. Wurde der Schaden der Polizei gemeldet?		<input type="checkbox"/> nein	Grund _____
(Bei Diebstahl, Einbruch, Brand, Transportmittelunfall)		<input type="checkbox"/> ja	am _____
bei (Polizeidienststelle)/Tagebuch-Nr. _____			
15. Welche Sicherungen wurden zur Verhütung des Diebstahls/Einbruch-Diebstahls getroffen? _____			
16. Wer hat den Schaden verursacht? _____			
17. Wurden Ansprüche an Dritte (Frachtführer, Spediteure) sichergestellt?		<input type="checkbox"/> nein	Grund _____
		<input type="checkbox"/> ja	Anschrift _____
18. Anlieferndes Transportunternehmen?		Name _____	Anschrift _____
19. Besteht für das Gut eine anderweitige Versicherung? _____			

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verletzten \_\_\_\_\_