

# Transport Versicherung



## 1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr
Telefon	Schaden-Nr.
Ansprechpartner	PC / Bank / IBAN-Nr.
E-Mail	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 2. SCHADENEREIGNIS

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

## 3. SCHADENUMFANG

### Transportgut

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

## 4. TRANSPORTMITTEL

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

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

## 5. FAHRZEUGLENKER

Name / Firma / Adresse
------------------------

## 6. TRANSPORTWEG

	Name / Firma	PLZ / Ort	Datum
Abgangsort			
Umladeort			
Ankunftsort			
Aufenthaltsort			
Wurden am Abgangsort bereits Unregelmässigkeiten festgestellt		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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 – Bitte nachholen!

## 9. BEMERKUNGEN

---



---



---



---



---



---

10. BEILAGEN (SOWEIT VORHANDEN)

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

Der / die unterzeichnete 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 Unterzeichnete darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an [info@vcw.ch](mailto:info@vcw.ch) oder per Post an Ihren VCW-Berater. VCW Versicherungs-Treuhand AG, Beratername, Bösch 37, 6331 Hünenberg. Dankeschön.