

Frachtführerhaftpflicht + Transport-Versicherung

Schadenanzeige

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		PC- oder Bankkonto	
Firma		Bank/Filiale in	
Kontaktperson		MWSt-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse		MWSt-Nr.	
PLZ/Ort			
Tel.	Mobil		
Fax	E-Mail		

Transportgut

Genauere Bezeichnung (Anzahl + Gewicht/Art der Verpackung)		Versicherungs-Anmeldung Winterthur ?	
		Nr.	Datum
		Wurden die Güter durch den Absender, Empfänger oder Spediteur anderweitig versichert?	
Geschätzte Schadenhöhe CHF		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Fakturawert CHF		Bei welcher Gesellschaft?	
Containerverlad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Police-Nr.	

Transportmittel

<input type="checkbox"/> Camion	<input type="checkbox"/> Schiff	<input type="checkbox"/> Post
Art und Marke	<input type="checkbox"/> Kurier	<input type="checkbox"/> Komb.Transporte
Kontrollschild-Nr.	<input type="checkbox"/> Flugzeug	<input type="checkbox"/> Bahn

Fahrzeuglenker

Name/Vorname	(leer lassen)
--------------	---------------

Transportweg

Abgangsort	Wurden am Abgangsort bereits Unregelmässigkeiten festgestellt?
Datum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Umladeort	Welche?
Datum	
Ankunftsort	Von wem wurden die Waren verladen und verstaut?
Datum	
	Von wem wurden sie abgeladen?

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Handelt es sich um
Ort		<input type="checkbox"/> Verlust <input type="checkbox"/> Diebstahl
Strasse		<input type="checkbox"/> Beschädigung <input type="checkbox"/>
Amtliche Tatbestandsaufnahme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Durch wen?		

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Nur Frachtführerhaftpflicht

Wurden Sie für den Schaden verantwortlich gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrachten Sie sich für den Schaden effektiv haftbar?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Durch wen?		Begründung	
In welcher Höhe?			

Geschädigte

Name/Vorname	Tel.	Mobil
Firma	Fax	E-Mail
Strasse	PC- oder Bankkonto	
PLZ/Ort	Bank/Filiale in	(leer lassen)

Beilagen (soweit vorhanden)

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

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers