

## Schadenanzeige Verkehrshaftung Frachtführer/Spediteur

### Versicherungsnehmer/Versicherungsnehmerin

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Nr. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner/in

Telefon Nr. direkt \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Tätigkeit gemäss Transportauftrag

Frachtführer/in

Spediteur/in

Lagerhalter/in

Unterfrachtführer/in

Zollagent/in

### Eigene Transportbedingungen

ja (wenn ja, welche) \_\_\_\_\_

nein

### Transportgut/Ware

Warenart \_\_\_\_\_ Verpackung \_\_\_\_\_

Warenwert gem. Faktura CHF Schadenhöhe CHF

Anzahl/Gewicht der Sendung \_\_\_\_\_ Anzahl/Gewicht beschädigt \_\_\_\_\_

Vorbehalt bei Warenannahme  ja  nein

Besichtigungsmöglichkeit  
Datum/Ort \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kontakt vor Ort (Name/Tel.) \_\_\_\_\_

### Transportweg

Absender \_\_\_\_\_

Empfänger \_\_\_\_\_

Ladedatum \_\_\_\_\_  Komplettladung  Sammelladung

Abgangsort \_\_\_\_\_ Bestimmungsort \_\_\_\_\_

Umladung/Zwischenlagerung  ja Firma u. Adresse: \_\_\_\_\_

nein

Ablad am Bestimmungsort Firma u. Adresse: \_\_\_\_\_

## Schadenereignis

Ereignis  
Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Art des Schadens  Transport  Manipulation  Lagerung  Verzögerung

Sachschaden durch:  Beschädigung  Verlust  Beraubung  andere

wenn andere, was: \_\_\_\_\_

### Schadenverursacher / Logistiker

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

### Beschreibung des Schadenherganges

### Einwand/Haftbarhaltung

ja, Firma u. Adresse: \_\_\_\_\_

nein

Trifft ein Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden  ja  nein Name: \_\_\_\_\_

Trifft eine Drittperson ein Verschulden  ja  nein Name: \_\_\_\_\_

Polizeirapport/Tatbestandsaufnahme  ja  nein Behörde: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Geschädigten

Name/Adresse \_\_\_\_\_

Zuständige Kontaktperson \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

Sendung transportversichert  nein  ja Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Police-Nr.: \_\_\_\_\_

## Zahlung der Entschädigung

Bank/Post \_\_\_\_\_ Empfänger \_\_\_\_\_

IBAN Nr.: \_\_\_\_\_ BIC/SWIFT Nr.: \_\_\_\_\_

## Beilagen

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transportauftrag         | <input type="checkbox"/> Frachtbrief                    | <input type="checkbox"/> Lieferschein / Packliste / Ablieferungsnachweis |
| <input type="checkbox"/> Schadensbericht          | <input type="checkbox"/> Schadenforderung gesch. Partei | <input type="checkbox"/> Wertnachweis (Handelsrechnung / Preisliste)     |
| <input type="checkbox"/> Haftbarhaltungsschreiben | <input type="checkbox"/> Schadenfotos                   | <input type="checkbox"/> Versicherungsbestätigung Subunternehmers        |

Mit Versand dieser Schadenmeldung ermächtigt der Absender die TSM Versicherungs-Gesellschaft von anderen Versicherern oder Dritten, die den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen. Ausserdem ermächtigt der Absender die von der TSM Versicherungs-Gesellschaft angefragten Drittpersonen, der TSM Versicherungs-Gesellschaft alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen. Der Absender ist damit einverstanden, dass die TSM Versicherungs-Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, an andere Versicherer, namentlich an Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland, übermitteln kann.

Die/Der Unterzeichnete bestätigt, dass Sie/Er die Anzeige vollständig sowie wahrheitsgetreu ergänzt und beantwortet hat.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift  
des Versicherungsnehmers

.....

.....