

## Schadenanzeige Transportversicherung

### Versicherungnehmer:

Name ..... E-Mail .....  
Strasse ..... Police Nr. ....  
Ort ..... Anmeldungs-Nr. ....  
Ansprechpartner ..... Bank/PostFinance .....  
Tel. Nr. .... IBAN-Nr. ....

### Transportweg

Abgangsort ..... Ankunftsort .....  
Abgangsdatum ..... Ankunftsdatum .....

### Transportmittel:

- Luftfracht
- Bahn
- Seefracht
- Kurierdienst (Fedex, EMS, DHL, ...)
- Andere : .....
- Post
- LKW
- Eigenes Fahrzeug  
Kontrollschild Nr. ....
- Frachtführer/Spedition : (Name und Anschrift des Logistikers)  
.....

### Transportgut / Waren: (genaue Beschreibung/Gewicht/Anzahl Packstücke u. Kolli)

.....  
.....  
.....

### Angaben zur Verpackung: (genaue Beschreibung/Art/Material)

.....  
.....

### Wert der Sendung:

.....

### Schadenhöhe in CHF:

Betrag .....  Definitiv  Geschätzt

## Schadenanzeige - Seite 2

### Ursache und Hergang des Schadens:

.....  
.....

Datum der Schadenfeststellung: ..... Ort der Schadenfeststellung: .....

### Vorbehalte

Ist bei der Ablieferung der Waren ein Vorbehalt angebracht worden?

- Ja Name/Anschrift: .....
- Nein

Wurde der Schaden schriftlich dem schadenverursachenden Logistiker gemeldet/angezeigt?

- Ja Name/Anschrift: .....
- Nein, Begründung: .....

### Besichtigung - Wo können die Waren besichtigt werden?

Name/Anschrift der Kontaktperson: .....

.....

Tel. Nr. .... E-Mail .....

### Versicherungsschutz für die gleichen Waren/Güter

- Ja  Absender Gesellschaft: .....
- Empfänger Gesellschaft: .....
- Nein

### Ergänzende Mitteilungen

.....  
.....  
.....  
.....

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 Schadenanzeige vollständig sowie wahrheitsgetreu ergänzt und beantwortet hat.

Ort und Datum:

Stempel / Unterschrift des Versicherungsnehmers

.....