

Versicherungsnehmer _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Waren | <input type="checkbox"/> Spediteur-Haftpflicht |
| <input type="checkbox"/> Valoren | <input type="checkbox"/> Einzelpolice (EP) |
| <input type="checkbox"/> Apparate | <input type="checkbox"/> Pauschalpolice (PP) |
| <input type="checkbox"/> Frachtführer Inland | <input type="checkbox"/> Umsatzpolice (UP) |
| <input type="checkbox"/> Frachtführer CMR | <input type="checkbox"/> Generalpolice (GP) |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Generalagentur _____ Nr. _____
Sachbearbeiter _____
Police Nr. _____
Bei GP: Anmeldung Nr. _____
vom _____

Schaden Nr. _____ Telefon _____ Telefax _____
Ihr Brief/Telefon/Besuch vom _____ Datum _____

**Name/Adresse des Lieferanten
der beschädigten Ware**

Abgangsort _____

**Name/Adresse des Empfängers
der beschädigten Ware**

Ankunftsort _____

Ankunftsdatum _____

Transportmittel

- Eingeschriebene Post uneingeschriebene Post (Nachforschungsbegehren beilegen) / Postsendungen mit «Barcode»
- Bahn (Frachtbrief und TA beilegen)
- Flugzeug (Frachtbrief, AWB und Damage Report beilegen)
- Seefracht (Konnossement/BL beilegen)
- eigener Lkw/Pkw (Kontrollschild) _____ Name des Fahrers _____
- Frachtführer (Kontrollschild/Frachtbrief beilegen)

Name und Adresse des Frachtführers _____

Name des Fahrers _____

Transportgut

Art des Gutes/der Ladung (genauer Beschrieb/Gewicht/Anzahl Kollis)

Beschreibung der Verpackung _____

Wert der Sendung _____
