Schadenanzeige Gewerbe für Transportversicherung

SCHRÖMBGENS STEPHAN

Schrömbgens & Stephan GmbH
Versicherungsmakler

Uerdinger Straße 58
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 478 87-31
Fax: 0211 / 478 87-77
service@s-s-vm.de
www.s-s-versicherungsmakler.de

Schrömbgens & Stephan GmbH
Versicherungsmakler
– Geschäftskundenbetreuung –
Uerdinger Straße 58
40474 Düsseldorf

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nummer

Schaden-Nummer

Ansprechpartner

Telefax Ansprechpartner

Telefon Ansprechpartner

E-Mail Ansprechpartner

1. Schadentag/Uhrzeit

2. Versicherte Reise/Schadenort

Postleitzahl, Ort

Straße mit Hausnummer

genaue Ortsbeschreibung

Abteilung/Bereich innerhalb des Schadenortes

Land

3. Art des Transportmittels

- ☐ Bahn
- ☐ eigener LKW
- ☐ Schiff
- ☐ Spediteur
- ☐ Flugzeug
- ☐ fremder LKW
- ☐ Post
- ☐ Sonstiges

4. Beschreibung des Schadenhergangs, Schadenursache und Verpackungsart (ggf. Skizze und besonderen Bericht beifügen)

5. Schadensentdeckung – wann und wer?

6. Welche Schäden sind eingetreten? (ggf. Anlagenblatt und Schadenfotos beifügen)

SCHRÖMBGENS STEPHAN

6. Unfall im Straßenverkehr

Amtliches Kennzeichen (Fahrzeug 1)

Amtliches Kennzeichen (Fahrzeug 2)

Halter (Fahrzeug 1)

Halter (Fahrzeug 2)

Schadenstifer (Fahrzeug 1)

Schadenstifer (Fahrzeug 2)

7. Beabsichtigte Schadenbeseitigung

☐ Reparatur ☐ Ersatzbeschaffung

8. Geschätzte Schadenhöhe

EUR

9. Zeugen

Name (Zeuge 1)

Name (Zeuge 2)

Anschrift (Zeuge 1)

Anschrift (Zeuge 2)

Telefon (Zeuge 1)

Telefon (Zeuge 2)

10. In welcher Polizeidienststelle wurde eine Anzeige erstattet?

Postleitzahl (falls bekannt), Ort

Tagebuchnummer/Aktenzeichen

11. Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

☐ nein ☐ ja, mit %

12. Beigefügte Schadensnachweise und Belege

☐ Versicherungszertifikat ☐ Handelsrechnung ☐ Abtretungserklärung (Zession) ☐ Ersatzbeschaffung

☐ Beförderungspapiere ☐ Schadenrechnung ☐

Unbedingt beifügen:

☐ Schadenprotokoll ☐ Haftbarhaltung an das Transportunternehmen oder sonstige Schadenverursacher

13. Bankverbindung für Entschädigungen

Kontoinhaber/in

Kreditinstitut

IBAN D E

BLZ

Konto-Nr.

BIC

Hinweis: Unwahre und bewusst unvollständige Angaben können zur Versagung des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Senden Sie uns das Formular bequem per Mail zurück, indem Sie einfach auf die untere Schaltfläche **„Formular per Mail senden“** klicken. Oder Sie drucken das Formular aus und senden es uns – mit Ihrer Unterschrift versehen – per Fax (0211/478 87 77) oder auf dem Postwege zu.

Datum, Ort

Unterschrift und Firmenstempel

Was möchten Sie als nächstes tun?

Formular speichern

Formular ausdrucken

Formular per E-Mail senden