

<b>Schadenmeldung Strassentransport</b>			<b>Schaden-Nr.</b> <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
			<b>Police-Nr.</b>
<b>Versicherungsnehmer</b>	<b>Korrespondenzadresse</b>	Telefon / Fax 061 716 90 90 061 716 90 89	Zuständige Person / E-mail direkt
	IC Unicon AG Kägenstr. 17 Postfach 4153 Reinach 1	Bankverbindung: KtoNr	MWSt-pflichtig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein MWSt-Nr.
		BankPC Clearing PC (VN)	

### 1. Schadenereignis

Schadendatum	Schadenzeit	Schadenort	Polizeirapport <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Polizeidienststelle / Person
--------------	-------------	------------	---	------------------------------

### 2. Fahrzeug

Kontrollschild	Marke	Name des Chauffeurs
----------------	-------	---------------------

### 3. Transport

Transportweg von _____ nach _____	in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> Frachtführer <input type="checkbox"/> Eigentümer
--------------------------------------	--

### 4. Schaden

a) Schilderung des Schadenherganges und (mutmassliche) Ursache (allfällige Unterlagen, wie Rapporte, Fotos, Skizzen usw., bitte beifügen)

b) Beschreibung der vom Schaden betroffenen Güter

c) Beschreibung der Beschädigung / des Verlustes

d) Wert der vom Schaden betroffenen Güter

e) Schadenausmass (eventuell vorläufige Schätzung)

f) Wo und bei wem kann die beschädigte Ware besichtigt werden?

**5. Haftung**

a) War die Ware bei Übernahme in Ordnung oder haben Sie einen Vorbehalt angebracht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Datum und Zeit der Ablieferung? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

c) Wurde bei der Ablieferung ein Vorbehalt angebracht? Falls nicht, wann und in welcher Form (telefonisch oder schriftlich) wurde ein Schaden reklamiert?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Wurde vom Absender od. Empfänger oder einem Dritten eine Transportversicherung abgeschlossen?  Nein  Ja  
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Wenn die Antwort zu d) "nein" ist, ist eine Nichtversicherungs-Erklärung vom Absender und vom Empfänger erforderlich.

**6. Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dieses Schadenformular ist sofort nach bekanntwerden eines Schadens komplett auszufüllen und mit mindestens den nachfolgenden aufgeführten Dokumenten an die Versicherungsgesellschaft zu senden.

- Beilagen:**
- Frachtdokument (Lieferschein / CMR)
  - Lieferantenrechnung über die transportierte Sendung
  - Reklamationsschreiben mit Forderung
  - Nichtversicherungs-Erklärung (siehe 5d)

**Der/Die Versicherungsnehmer/in darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er/Sie bevollmächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten, zum Beispiel Polizeirapporte, Strafakten, usw.**

**Der/Die Versicherungsnehmer/in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.**

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_