

Fragebogen für den Abschluss einer Einzeltransport-Versicherung

Versicherungsnehmer

(genaue Anschrift)

Name

Adresse

Postleitzahl / Ort

Telefon und Telefax / E-Mail

Homepage

Art des Unternehmens

(Fabrikation, Großhandel, Einzelhandel, Vertretung, Import, Export)

Genaue Bezeichnung der zu versichernden Güter

(Sammelbegriffe wie Maschinen, Chemikalien, Flüssigkeiten u.ä. sind zu vermeiden / wenn möglich Prospekt beifügen)

Art der Verpackung

Transportverpackung (z.B. Paletten, Kartonagen)

Umverpackung (z.B. Blister, Folien, Kartonagen)

Verpackungen bei

a) Landtransporten

b) Flusstransporten

c) Seetransporten

d) Lufttransporten

Transportmittel

Welche Transportmittel und welche Höchstwerte je Transportmittel kommen in Frage (zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen)

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Eisenbahnzug | EUR | <input type="checkbox"/> Seeschiff | EUR |
| <input type="checkbox"/> eigener Lastzug | EUR | <input type="checkbox"/> Flugzeug | EUR |
| <input type="checkbox"/> fremder Lastzug | EUR | <input type="checkbox"/> max. je Kollo / je Paket
je Transportmittel | EUR |
| <input type="checkbox"/> Flussschiff | EUR | | |

Wohin soll das zu versichernde Gut befördert werden?

Transportweg

von

nach:

über:

Wie soll die Versicherungssumme gebildet werden?

- a) Bei Bezügen / Importen
(z.B. Einkaufsrechnung zzgl. Fracht, Zoll- und sonstige Kosten, zzgl. imaginären Gewinn)
- b) Bei Versendungen / Exporten
(z.B. Verkaufsrechnung)

Welcher Versicherungsumfang soll zugrunde gelegt werden?

- a) Volle Deckung gemäß DTV-Güter 2000/2011? ja nein
- b) Eingeschränkte Deckung gemäß DTV-Güter 2000/2011?
(z.B. Transportmittelunfall, Brand, Blitzschlag, Explosion, Naturkatastrophen) ja nein
- c) Sollen politische Risiken mitversichert werden?
(Krieg, Streik, Aufruhr) ja nein
- d) Sollen Sondergefahren mitversichert werden?
(z.B. Rost, Oxydation, Nässe) Welche:

Wünschen Sie eine andere vertragliche Abzugsfranchise als EUR 100? ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe? EUR

An welchem Tag soll die Versicherung beginnen?

Waren die Transporte bisher schon versichert? ja nein

- a) Bei welcher Gesellschaft
- b) Wer hat gekündigt?
- c) Grund der Kündigung?
- d) Vorschäden?
- e) In welcher Höhe?

Bemerkungen

**Aufgrund vorstehender Aufgaben bitte(n) ich/wir um ein Prämienangebot. Versicherungsschutz beginnt mit Vorliegen einer schriftlichen Deckungsbestätigung des Versicherers.
Die Risikobeschreibung ist vollständig und wahrheitsgemäß abgegeben worden. Sie wird Bestandteil des Versicherungsvertrages.
Jede Nichtangabe wird als Nein bewertet. Mit der Unterschrift wird die Richtig- und Vollständigkeit bestätigt.**

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Kunde

Unterschrift / Stempel Vermittler

Bitte senden Sie den Fragebogen an:

ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Produktmanagement & Underwriting Transport (ttv-pmt)
Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel
Tel.: 06171 66-00, Fax: 06171 66-7500-4330
oder mailto: ttv-pmt@alte-leipziger.de

Postbank Frankfurt am Main · IBAN: DE46 5001 0060 0997 0606 07 · BIC: PBNKDEFF
Vors. des Aufsichtsrats: Christoph Bohn · Vorstand: Kai Waldmann, Marcus Tersi · USt.-Id.Nr. DE 811189884 · St.-Nr. 807/V90807004611 (VersStG)
Sitz Oberursel (Taunus) · Rechtsform Aktiengesellschaft · Amtsgericht Bad Homburg v. d. H. HRB 1585