

Schadenanzeige				asko-Schaden-Nr.	
<input type="checkbox"/> Verkehrshaftungsversicherung (VKH) <input type="checkbox"/> Warentransportversicherung (TR)					
An asko group Max-Planck-Str. 7 D-85716 Unterschleißheim ☎ +49(0) 89 / 31881 48-0 Email: info@asko24.com www.asko24.com			Versicherungsnehmer (Name, Anschrift und Email)		
			Niederlassung:		
			Policen-Nr.:		
Kann Schriftwechsel mit Schadenbe- teiligten direkt geführt werden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			IHRE Schaden-Nr.:		
			Zertifikats-Nr.:		
Auftraggeber: (Name u. Ort)				Anspruch- steller: (Name u. Ort)	
Absender: (Name u. Ort)				Schadenver- ursacher: (Name u. Ort)	
Empfänger: (Name u. Ort)		Schadenart: <input type="checkbox"/> Teil-/ Verlust <input type="checkbox"/> Beschädigung <input type="checkbox"/> Nachnahme <input type="checkbox"/> Inventurdifferenz <input type="checkbox"/> Lieferfristüberschreitung <input type="checkbox"/> Andere			
Schadenbereich: <input type="checkbox"/> Umschlag <input type="checkbox"/> Lager <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sammelladung <input type="checkbox"/> Selbsteintritt <input type="checkbox"/> Sonstiges					
Voraussichtliche Schadenhöhe in EUR:			Regress möglich? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Gewicht der beschädigten/verloren Waren (kg):			Datum Erstreklamation:		
Warenart:			Warenwert (EUR):		
Sendungsdatum:		Sendungsnr.:		Schadendatum:	
Auftragsdatum:		Zustellungsdatum:		Kennzeichen LKW:	
Erfolgte Umladung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Verladung durch: <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beide			
reine Quittung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Entladung durch: <input type="checkbox"/> Empfänger <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beide			
Sendungsgewicht (kg):		Anzahl der Kolti:		Polizei eingeschaltet? <input type="checkbox"/> ja (Bericht beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
Havariekommissar?nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Name u. Az _____					
Schadenschilderung (ggf. separate Anlage):					
Einwände gegen den Anspruch: ja <input type="checkbox"/> (wenn ja, bitte Einwände schildern) nein <input type="checkbox"/>					
Angaben zur Schadenbeteiligung: Die Versicherer sind berechtigt, jedoch nicht verpflichtet, die Schadenbeteiligung für uns im eigenen Namen geltend zu machen. (falls nein, streichen)				Anlagen: <input type="checkbox"/> Schadenprotokoll <input type="checkbox"/> Spediteurrechnung <input type="checkbox"/> Frachtbrief <input type="checkbox"/> Speditionsauftrag <input type="checkbox"/> Gutachten <input type="checkbox"/> Übernahmequittung <input type="checkbox"/> Haftbarhaltung <input type="checkbox"/> Versicherungszertifikat <input type="checkbox"/> Konnossement <input type="checkbox"/> Wertnachweis <input type="checkbox"/> Lade-/Packliste (z. B. Lieferrechnung) <input type="checkbox"/> Schadenrechnung <input type="checkbox"/> weitere	
Ort:		Datum:			
Unterschrift:					