



ASSEKURANZMAKLER
EIN UNTERNEHMEN DER GLOBAL GRUPPE

RISIKOERFASSUNG ZUR TRANSPORTVERSICHERUNG

I. Angaben zum Versicherungsnehmer

1. Versicherungsnehmer:

Gesprächspartner: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

2. Art des Betriebes (Falls vorhanden bitte Firmenprospekte beifügen oder Website angeben):

3. Zugehörigkeit zu einem Konzern

Nein Ja, zu _____

II. Risikorelevante Angaben

1. Zu versichernde Güter



ASSEKURANZMAKLER
EIN UNTERNEHMEN DER GLOBAL GRUPPE

2. Transporte

2.1. Bezüge/Importe aus folgenden Ländern/Orten:

Land/Ort: _____: Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____
--

Land/Ort: _____: Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____
--

Land/Ort: _____: Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____
--

Land/Ort: _____: Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____
--

2.1.2. Verpackung:

erfolgen vorwiegend in/auf Kartons Kisten Paletten Sonstige _____
 konventionell in Containern

2.2 Versendungen/Exporte nach folgenden Ländern/Orten:

Land/Ort: _____: Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____
--

Land/Ort: _____: Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____
--



ASSEKURANZMAKLER
EIN UNTERNEHMEN DER GLOBAL GRUPPE

Land/Ort: _____ : Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____

Land/Ort: _____ : Transportmittel: _____ Ø Vers.summe je Transportmittel: _____ Max. Vers.summe je Transportmittel: _____ Gesamtvolumen p.a.: _____ zu folgenden Konditionen: <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> andere _____

2.2.1. Verpackung:

erfolgen vorwiegend in/auf Kartons Kisten Paletten Sonstige _____
 konventionell in Containern

2.3. Selbständige/Disponierte Lagerungen:

Lagerort: _____ Ø / max. monatlicher Lagerbestand: Ø _____ /max: _____

Lagerort: _____ Ø / max. monatlicher Lagerbestand: Ø _____ /max: _____

Lagerort: _____ Ø / max. monatlicher Lagerbestand: Ø _____ /max: _____

2.4. Sonderrisiken

2.4.1. Messen/Ausstellungen

Sofern relevant, bitte nähere Details zu:

Orte: _____

Versicherungssummen inkl./exkl. Messestand: Ø : _____
max.: _____

2.4.2. Serviceleistungen

Sofern Sie in eigenen KFZ Güter/Werkzeuge zum Zwecke der Wartung/des Services haben, bitte Einsatzort, KFZ-Typ und Höchstwerte (ein KFZ) der transportierten Gegenstände separat aufgeben.



ASSEKURANZMAKLER
EIN UNTERNEHMEN DER GLOBAL GRUPPE

2.4.3. Retouren

Sofern Retouren vorkommen, bitte Anzahl und Volumen separat aufgeben.

3. Deckungsumfang

Volle Deckung Eingeschränkte Deckung

Insbesondere sollen folgende Gefahren/Ereignisse versichert werden:

Bruch Verbiegen Verbeulen Verkratzen Verschrammen
 Rost Oxydation Nässe Krieg Streik/Aufruhr
 Vernichtungskosten mit max. EUR _____ pro Schaden

III. Allgemeine Angaben

1. Bisheriger Schadenverlauf der letzten 3 Jahre plus dem aktuellen Jahr:

Januar	Prämie p.a.	Schäden p.a.	Anzahl der Schäden

2. Besteht schon eine Transportversicherung

ja Makler: _____ / Führender Versicherer: _____
 nein

3. Bisherige Selbstbeteiligung (je Schadenereignis o.ä.): EURO _____

4. Bemerkungen/Ergänzende Risikoinformationen:

Firmenstempel / Name & Unterschrift / Datum
