



Einzelanmeldung zur Umzugsguttransportversicherung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Möbel- und Umzugsgut-Versicherung Nr.:	TH
Versicherungsnehmer:	
Transport-/Lager-Beginn:	
Abgangsort/-land bzw. Lagerort/-land:	
Voraussichtliches Ende des Transportes / der Lagerung:	
Ankunftsort/-land:	
Beförderungsmittel:	<input type="checkbox"/> Firmeneigenes/gemietetes Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Fremdes Kraftfahrzeug (beauftragter Frachtführer/Spediteur) <input type="checkbox"/> Bahnsendung <input type="checkbox"/> Luftfrachtsendung <input type="checkbox"/> Seefrachtsendung: Name des Schiffes: Baujahr des Schiffes:
Art der Ware: (<i>bitte genaue Beschreibung</i>)	<input type="checkbox"/> Umzugsgut, gebraucht <input type="checkbox"/> sonstige Güter: _____
Zustand der Ware:	<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht <input type="checkbox"/> generalüberholt <input type="checkbox"/> reparaturbedürftig
Art der Verpackung: (bei sonstigen Gütern)	<input type="checkbox"/> handelsüblich verpackt <input type="checkbox"/> handelsüblich unverpackt
Versicherungssumme:	Währung: _____ (ohne Angabe: Euro) Betrag: _____
Deckungsform:	<input type="checkbox"/> 1 Volle Deckung <input type="checkbox"/> 2 Eingeschränkte Deckung <input type="checkbox"/> K Einschluß politischer Risiken <input type="checkbox"/> 3 Lagerung <input type="checkbox"/> Neuwert (nur bei Umzugsgut möglich) <input type="checkbox"/> Zeitwert <input type="checkbox"/> Mitversicherung Güterfolge- und Vermögensschäden
Fax-Nr. des Versicherungsnehmers für die Fax-Bestätigung:	Fax.Nr.:
Hiermit wird der Versicherungsschutz im Rahmen der o.g. Police beantragt:	Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____
Bitte Anmeldung per Fax senden an Fax-Nr. 0621/457-4043	- Wird vom Versicherer ausgefüllt -
Deckungsschutz besteht erst nach Rückbestätigung durch den Versicherer!	<input type="checkbox"/> Bitte Angaben vervollständigen; es besteht z. Zt. noch kein Versicherungsschutz! <input type="checkbox"/> Die Deckung wird bestätigt: Mannheimer Versicherung AG, Transportabteilung BE2 Augustaanlage 66, 68165 Mannheim Datum _____ Unterschrift des Versicherers _____