

Schadenmeldung		Schaden-Nr.	
zur <input type="checkbox"/> Haftungsversicherung			
<input type="checkbox"/> Warentransportversicherung			
Angaben zum Versicherungsnehmer (VN)			
Name, Anschrift und Email-Adresse:		Policen-Nr.:	
		Niederlassung:	
		Schaden-Nr.:	
		Unterneh.-Nr.:	
An SVG Rheinland eG, Moselring 11, 56073 Koblenz		Kann Schriftwechsel mit Schadenbeteiligten direkt geführt werden: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Angaben zum Schaden			
(1) Auftraggeber:	Name: Straße: LKZ PLZ Ort:		
(2) Absender:	Name: Straße: LKZ PLZ Ort:		
(3) Empfänger:	Name: Straße: LKZ PLZ Ort:		
(4) Schadenverursacher:	Name: Straße: LKZ PLZ Ort:		
(5) Anspruchsteller:	Name: Straße: LKZ PLZ Ort:		
Gewicht der beschädigten/verloren gegangenen Waren in kg:		Datum der Erstreklamation:	
Warenart		Warenwert in EUR:	
Voraussichtliche Schadenhöhe in EUR:			
Sendungsdatum:	Sendungsnr.:	Name Fahrer:	
Sendungsgewicht in kg:	Anzahl der Kollis:	Kennzeichen LKW:	
Auftragsdatum:	Zustellungsdatum:	Schadendatum:	
Erfolgte Umladung? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Verladung durch wen? <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beide		
reine Quittung? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Entladung durch wen? <input type="checkbox"/> Empfänger <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beide		
Havariekommissar? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vereinbarte SZR mit Kunden <input type="checkbox"/> 8,33 <input type="checkbox"/> 40	Polizei eingeschaltet? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schilderung des Schadenhergangs (ggf. separate Anlage):			
Schadenbereich: <input type="checkbox"/> Umschlag <input type="checkbox"/> Lager <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Transport Sammelladung <input type="checkbox"/> Selbsteintritt <input type="checkbox"/>		Art des Schadens: <input type="checkbox"/> Verlust <input type="checkbox"/> Beschädigung <input type="checkbox"/> Nachnahme <input type="checkbox"/> Inventurdifferenz <input type="checkbox"/> Lieferfristüberschreitung <input type="checkbox"/> Sonstige	
Angaben zur Schadenbeteiligung: <input type="checkbox"/> Die Versicherer sind berechtigt, jedoch nicht verpflichtet, die Schadenbeteiligung für uns im eigenen Namen geltend zu machen.		Anlagen: <input type="checkbox"/> Frachtbrief <input type="checkbox"/> Havarie-Zertifikat <input type="checkbox"/> Ablieferquittung <input type="checkbox"/> Gutachten <input type="checkbox"/> Speditionsauftrag <input type="checkbox"/> Polizeibericht <input type="checkbox"/> Spediteurrechnung <input type="checkbox"/> Lade-/Packliste <input type="checkbox"/> Übernahmequittung <input type="checkbox"/> Schadenprotokoll <input type="checkbox"/> Schadenrechnung <input type="checkbox"/> Versicherungszertifikat <input type="checkbox"/> Wertnachweis <input type="checkbox"/> Konnossement <input type="checkbox"/> (z. B. Lieferrechnung) <input type="checkbox"/> Sonstige	
Ort:	Datum:		
Unterschrift: _____			