

<b>Schadenmeldung</b>		Schaden-Nr.	
zur <input type="checkbox"/> <b>Haftungsversicherung</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Warentransportversicherung</b>			
<b>Angaben zum Versicherungsnehmer (VN)</b>			
Name, Anschrift und Email-Adresse:		Policen-Nr.:	
		Schaden-Nr.:	
		Unternehm.-Nr.:	
An Straßenverkehrsgenossenschaft Rheinland eG Moselring 11 56073 Koblenz		Kann Schriftwechsel mit Schadenbeteiligten direkt geführt werden: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Angaben zum Schaden</b>			
(1) Auftraggeber:	Name: Straße: PLZ Ort:		
(2) Absender:	Name: Straße: PLZ Ort:		
(3) Empfänger:	Name: Straße: PLZ Ort:		
(4) Schadenverursacher:	Name: Straße: PLZ Ort:		
(5) Anspruchsteller:	Name: Straße: 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"/>	
<b>Schilderung des Schadenhergangs (ggf. separate Anlage):</b>			
Schadenbereich:		Art des Schadens:	
<input type="checkbox"/> Umschlag	<input type="checkbox"/> Lager	<input type="checkbox"/> Verlust	<input type="checkbox"/> Beschädigung
<input type="checkbox"/> Sammelladung	<input type="checkbox"/> Selbsteintritt	<input type="checkbox"/> Nachnahme	<input type="checkbox"/> Inventurdifferenz
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Lieferfristüberschreitung	<input type="checkbox"/> Sonstige
<b>Angaben zur Schadenbeteiligung:</b>		<b>Anlagen:</b>	
<input type="checkbox"/> Die Versicherer sind berechtigt, jedoch nicht verpflichtet, die Schadenbeteiligung für uns im eigenen Namen geltend zu machen.		<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"/> Schadenbilder
		<input type="checkbox"/> (z. B. Lieferrechnung)	<input type="checkbox"/> Sonstige
Ort:	Datum:		
Unterschrift: _____			