

Schadenmeldung zur KFZ-Versicherung

Versicherungsschein-Nummer.:

Versicherungsnehmer

Name:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Bankverbindung (IBAN):	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Art des Betriebes bzw. Beruf	<input type="text"/>		
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Fahrer

Name:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Hatte der Fahrer zum Zeitpunkt des Unfalls einen gültigen Führerschein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wann und von welcher Behörde wurde der Führerschein ausgestellt?			
<input type="text"/>			
Befand sich zum Schadenzeitpunkt ein Anhänger am Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kennz.	<input type="text"/>	Versicherung	<input type="text"/>
		V-Scheinnr.	<input type="text"/>

Anspruchsteller

Name:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Bankverbindung (IBAN):	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Art des Betriebes bzw. Beruf	<input type="text"/>		
Ist der Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kennz.	<input type="text"/>	Baujahr	<input type="text"/>
		KM-Stand	<input type="text"/>
		Schadenhöhe ca.	<input type="text"/>

Schadenangaben

Schadentag:		Schadenort:	
Uhrzeit:		und -straße:	

Schadenschilderung

Wurde das Schadenereignis polizeilich aufgenommen? Ja Nein

Bei welcher Polizeidienststelle:	
Tagebuchnummer/Aktenzeichen:	
Ggf. Ansprechpartner:	

Gab es Zeugen? Ja Nein

Vorname:		Nachname:	
Strasse, Nr.:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	

Wurden Personen verletzt? Ja Nein

Vorname:		Nachname:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Art der Verletzung:			

Die Fragen wurden von mir nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers