

Unser Zeichen _____

Datum _____

Schadenmeldung

Kraftfahrhaftpflicht Kasko/ Teilkasko

Name /Anschrift Versicherungsnehmer		Versicherungsscheinnr.	
		Gesellschaft	
		Anlagen	
Ansprechpartner		amtl. Kennzeichen	
Fon/Fax			
Vorsteuerabzug	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Fahrzeugtyp	
Name des Fahrers		Erstzulassung	
Fahrerlaubnisnummer		Beschädigung	
Alkoholtest	ja <input type="checkbox"/> %o <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden _____

Wurden Personen verletzt _____

Schadentag /Uhrzeit _____ Schadensort _____

Schadenhergang : _____

Bei Aufnahme des Unfalls durch die Polizei

Dienststelle _____ Tagebuch Nr. _____

Name/Anschrift des Anspruchstellers		Versicherungsscheinnr.	
		Amtl. Kennzeichen	
		Fahrzeugtyp	
		Erstzulassung	
		Beschädigung	
Ansprechpartner			
Fon			
Fax			

Bitte vorhandene Rechnungen / Schriftstücke beifügen.

Stempel/Unterschrift