

Schadenmeldung Kraftfahrtversicherung

Empfänger: Versicherungsbüro J. Friedrich GmbH Telefon: 0 70 33/1 39 35 Telefax: 0 70 33/3 45 45 Mail: info@friedrich-versicherungen.de		Absender:	
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KU			
VS-Nr.:		Schaden-Nr.	
Schadentag		Uhrzeit	Schadenort
VN		Ast (Halter)	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
Plz, Ort:		Plz, Ort:	
Tel.: Fax:		Tel. Fax:	
Fahrer: FS-Klasse:		Personenschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
VN-Kfz:		Art der Verletzungen:	
Blutprobe Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Anz. verl. Personen:	
Amtl. Kennzeichen:		Amtl. Kennzeichen:	
Modell: Baujahr:		Modell: Baujahr:	
Schadenhöhe: EUR km:		Schadenhöhe: EUR km:	
Kfz. fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Kfz. fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kfz. Besichtigung bei / durch:		Kfz. Besichtigung bei / durch:	
Straße:		Straße:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Tel. Fax		Tel. Fax	
Werkstatt wünscht Zhlg.Zusage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Werkstatt wünscht Zhlg.Zusage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vorsteuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Vorsteuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leasing Kfz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Leasing Kfz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bank VN:		Bank Ast (Konto-Inhaber):	
Kto.-Nr.: Blz:		Kto.-Nr.: Blz:	
Zeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		versichert bei:	
		Vollkasko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SB	
Unfall pol. aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Dienststelle: AZ:	
Schadenschilderung:			
Unterschrift		Datum	