

KFZ-Schadenmeldung

Rüdiger Ebel
Versicherungsmakler

Vertrags-/ Schaden-Nr:		Versicherung:	Schadenmeldung für: <input type="checkbox"/> Kraftfahrthaftpflicht <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Schutzbrief <input type="checkbox"/> Insassenunfall	
Schadentag / Uhrzeit:			Schadenort:	
Versicherungsnehmer			Versichertes Fahrzeug	
Name:			Fahrzeugkennzeichen:	
Straße:			Hersteller / Typ:	
PLZ / Ort:			Schäden am eigenen Fahrzeug:	
geb. am:				
Beruf:			Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR	
Telefon:			Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Telefon-Nr.):	
Fax:				
eMail:			Gesamtlauflistung in km:	
Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Steht Ihr Fahrzeug nachts regelmäßig in einer	
Gehört das Fahrzeug z. Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Einzel-/ Doppelgarage? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unfallhergang				
<input type="checkbox"/> Auffahrunfall <input type="checkbox"/> Vorfahrtsverletzung <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel <input type="checkbox"/> gegen geparktes Fahrzeug gefahren <input type="checkbox"/> Fahrzeug (-teile) entwendet <input type="checkbox"/> Brandschaden <input type="checkbox"/> Sturmschaden <input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Panne				
Sonstiger Unfallhergang:				
Wurde jemand verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Name:			Art der Verletzung:	
Straße:				
PLZ/Ort:			War der Verletzte angeschnallt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Fahrer des VHV versicherten Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt:			<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	
Name:			Geb. am:	
Straße:			Gültige Fahrerlaubnis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
PLZ/Ort:			Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Alkoholgenuss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Ergebnis der Blutprobe:	
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Polizeidienststelle:			Aktenzeichen der Polizei:	
Gibt es Zeugen (auch Beifahrer) die das Unfallgeschehen beobachtet haben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Name:			Name:	
Straße:			Straße:	
PLZ/Ort:			PLZ/Ort:	
Stellt jemand Ersatzansprüche an Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Name:			Was wurde beschädigt?	
Straße:			<input type="checkbox"/> Fahrzeug <input type="checkbox"/> sonstiger Sachschaden	
PLZ/Ort:			Fahrzeugkennzeichen:	
Geb. am:			Hersteller/ Typ:	
Beruf:			Art der Beschädigung:	
Telefon:				
Fax:				
eMail:			Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR	
Waren noch weitere Personen/ Fahrzeuge am Unfall beteiligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Namen / Anschriften / ggf. Kennzeichen:				
Datum, Unterschrift			Sofern Sie weitere Mitteilungen machen möchten, nehmen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt vor.	

Büro Weilburg / Lahn:
Fallerwasen 1
35781 Weilburg / Odersbach
Telefon: 06471 / 7839

Büro Eppstein / Ts.:
Hauptstr. 105
65817 Eppstein / Vockenhäusen
Telefon: 06198 / 500922

Mobil Funkruf: 0171 / 3662440
Telefax: 06471 / 923239
email: ruedigerebel@lycos.de
www.ebel-versicherungsmakler.de