

KFZ-Schadenmeldung

Bitte ausgefüllt zurück an: taxi@fvi-service.de oder Fax = 030 29 77 69 26

FAIR
VERSIERT
& INDIVIDUELLER
SERVICE



Jürgen Simon
Versicherungsmakler

zur Kraftfahrtversicherung Nr.: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Haftpflicht **Vollkasko** **Teilkasko**

mit Personenschaden (bitte Zusatzblatt 2 -Personenschaden einreichen)

Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon/E-Mail _____ / _____

Schadentag: _____ **Uhrzeit:** _____

Schadenort: _____

1. amtl. Kennz. Zugfahrzeug: _____

Fahrzeugart: _____

Fahrgestell-Nr.: _____

Erstzulassung: _____

Wegfahrsperrvorhanden: ja nein

2. amtl. Kennz. Anhänger: _____

Halter: _____

Versicherer: _____ **VS-Nr.:** _____

Beschädigung: _____

Vorschäden: ja nein

Fahrzeug zu besichtigen bei: _____

Fahrer: _____ **geb. am:** _____

Führerscheinangaben: _____ **oder** **Kopie**

Klassen: _____

ausgehändigt am: _____

ausstellende Behörde: _____

Listen-Nr.: _____

Schadenhergang: _____ **oder** **siehe Anlage**

Haben Sie Ansprüche beim Gegner geltend gemacht oder beabsichtigen Sie dies? ja nein

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Daten des Unfallgegners:

Name, Vorname _____

Telefon _____

Anschrift _____

Verletzte: ja nein

(nähere Angaben zu Personenschäden siehe Blatt 2)

Fahrzeug: _____

amt. Kennz.: _____ + _____
Zugfahrzeug **mitgeführter Anhänger**

Beschädigung: _____

Fahrzeug zu besichtigen bei: _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Polizeiliche Aufnahme: ja nein

Dienststelle: _____

Aktenzeichen: _____

Wer wurde gebührenpflichtig verwahrt oder erhielt einen Bußgeldbescheid?

Unfallgegner Fahrer des eigenen Fahrzeuges Keiner

Wer stand unter Alkoholeinfluss?

Unfallgegner Fahrer des eigenen Fahrzeuges Keiner

Ort, Datum / Unterschrift Versicherungsnehmer

Seite 1

Folgen Sie uns auf:



www.taxiversichern.de

Die Visitenkarte der FVI gemäß § 15 der VVV unter: www.fvi-service.de

Persiusstr. 7
10245 Berlin
Tel. 030 26 94 82 19
Fax 030 29 77 69 26
taxi@fvi-service.de





KFZ-Schadenmeldung Zusatzblatt 1

Bitte ausgefüllt zurück an: Mail = taxi@fvi-service.de oder Fax = 030 29 77 69 26

zur Kraftfahrtversicherung Nr.: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Kennzeichen: _____ Schadentag: _____

Aus unserer derzeitigen Sicht soll:

dieser Schaden reguliert werden

die Schadenshöhe überprüft werden

dieser Schaden vollständig abgelehnt werden

vor Regulierung mit nachfolgend genanntem Anwalt Rücksprache gehalten werden

Quotelung bzw. Schadenteilung durchgeführt werden

Datum/Unterschrift: _____



KFZ-Schadenmeldung

Zusatzblatt 2 (Personenschäden)

Bitte ausgefüllt zurück an: Mail = taxi@fvi-service.de oder Fax = 030 29 77 69 26

zur Kraftfahrtversicherung Nr.: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Nähere Angaben über Verletzte:

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet ledig verheiratet verwitwet

Ar der Verletzung: Kopf Körper Arme Beine Kopf Körper Arme Beine

Name und Anschrift der
Ärzte und Krankenhäuser: _____

War der Verletzte beruflich
unterwegs oder auf dem
Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein Ja Nein

Ist er Ihr Arbeitskollege? Ja Nein Ja Nein

War der Verletzte Insasse
Ihres Fahrzeuges? Ja Nein Ja Nein

Zahl der Insassen in Ihrem
Fahrzeug (einschl. Fahrer): _____

Welche Personen waren
zum Zeitpunkt des Unfalls
angeschnallt? _____