Versicherungsbüro
Hössinger
3107 St.Pölten Mühlweg 96
Tel.02742 / 219 66 - 0
Fax.02742 / 219 66 40

KRAFTFAHRZEUG – SCHADENSMELDUNG

	Schadensnummer – Referent:		
	Haftpflicht	Kasko	Rechtsschutz
Polizzennummer:			
Vers. Gesellschaft			

Versicherungsnehmer:			Tel. Nr.
PLZ: Ort: Strasse: Nr.			
Schaden – Ort:			
Schaden – Datum:		Uhrzeit:	
Fahrzeugart:	Marke – Type:		Baujahr:
Fahrgestellnummer:		Kennzeichen:	Km-Stand:

Lenker des Fahrzeuges:			Geb. Datum:
PLZ: Ort: Strasse: Nr.			
Führerschein Nr.		Ausstellungsbehörde:	
Führerschein Gruppen:		Ausgestellt am:	
War der Lenker berechtigt das Fahrzeug zu lenken: O JA O NEIN		Alkoholisierung: O JA O NEIN	

Erfolgte eine Behördliche Aufnahme:

Name des Unfallgegners:			Tel. Nr.
PLZ: Ort: Strasse: Nr.			
Fahrzeugart:	Marke – Type:		Baujahr:
Fahrgestellnummer:		Kennzeichen:	Km-Stand:
Haftpflicht Vers. bei:		Pol. Nr.	
Kasko – Vers. O JA O NEIN		Pol. Nr.	

Bitte wenden

Schilderung des Unfallherganges:

Unfallskizze:

Wer trägt Ihrer Meinung nach dem Verschulden ?_____

Name und Anschrift von Zeugen:_____

_____

Beschädigung am eigenen Fahrzeug:_____

_____

Beschädigung am fremden Fahrzeug:_____

_____

Name und Anschrift von Verletzten	Alter	Art der Verletzung

Jeder Schaden, der durch Diebstahl, Unterschlagung, Raub, unbefugten Gebrauch durch betriebsfremde Personen, Parkschaden oder Wildschaden entsteht, ist vom Versicherungsnehmer oder Lenker bei der nächsten Polizei- oder Gendarmeriedienststelle unverzüglich anzuzeigen!

Eine allfällige Entschädigung soll erbracht werden an:
Name:_____ Bank:_____
Konto Nr._____ BLZ: _____

Ich erkläre, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und hafte für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

EINSICHTSERMÄCHTIGUNG:

Der Gefertigte ermächtigt die Versicherungsgesellschaft oder ihren ausgewiesenen Vertreter, in meiner Angelegenheit in den gerichtlichen, amtlichen bzw. medizinischen Akt einzusehen und von diesem Abschriften zu nehmen.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Lenkers Unterschrift des Versicherungsnehmers