


| | | | |
|---|--------|--|---|
| SCHADENANZEIGE <input type="checkbox"/> KFZ-HAFTPFLICHT <input type="checkbox"/> KFZ-KASKO | An die | ERHART OG Versicherungsmaklerbüro Hauptplatz 1 2440 Moosbrunn Tel.: 02234 72253 Mobil.: 0699 148 28 169 Fax: 02234 74950 E-Mail: office@vte.at Web: www.vte.at |  |
| | _____ | Versicherung Schadensabteilung | |

| |
|----------------------|
| Polizzenummer |
|----------------------|

| | |
|----------------------------|---------|
| Versicherungsnehmer | |
| Name | Telefon |
| Anschrift | |

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------|--|-------------|
| Eigenes Fahrzeug | | | |
| Art, Marke, Type | | | Kennzeichen |
| Fahrgestellnummer | Baujahr, Kilometerstand | Wurde das KFZ mit Wissen und Willen des Versicherungsnehmers benützt? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Beschädigungen (unbedingt angeben) | | | |

| | | | | |
|---|----------------|----------------|-------------------|--------------------|
| Lenker des eigenen Fahrzeuges (unbedingt ausfüllen bei Kollisionen, Wildschäden) | | | | |
| Name | | | | Telefon |
| Anschrift | | | | Geburtsdatum |
| Führerschein, ausgestellt von | Befristung bis | Fahrzeugklasse | Ausstellungsdatum | Führerscheinnummer |
| Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert? <input type="checkbox"/> ja – welche und wie viel? <input type="checkbox"/> nein | | | | |

| | | |
|--|-------------|-----------|
| Angaben zum Unfall | | |
| Unfallort | Unfalldatum | Uhrzeit |
| Was ist passiert? | | |
| Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, | | Aktenzahl |
| Wen und warum trifft Ihrer Meinung nach ein Verschulden? | | |

| | |
|--|---------|
| Eigentümer des fremden Fahrzeuges | |
| Name | Telefon |
| Anschrift | |

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Angaben zum fremden Fahrzeug | |
| Art, Marke, Type | Kennzeichen |
| Beschädigungen | Versichert bei |

| | |
|--------------------------------------|---------|
| Lenker des fremden Fahrzeuges | |
| Name | Telefon |
| Anschrift | |

| | |
|--|---------|
| Wurde jemand verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich: | |
| Name | Telefon |
| Anschrift | |
| Art der Verletzung | |

| |
|---|
| Sonstige Informationen (weitere Beteiligte, Zeugen, usw.) |
| |

Ich / Wir ermächtige / n die oben genannte Versicherungsgesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffenden Akten und Unterlagen bei Behörden (Gericht, Polizei, Krankenhäuser, udgl.) zu nehmen.

| | | |
|-------|--------------------------|---------------------------------------|
| Datum | Unterschrift des Lenkers | Unterschrift des Versicherungsnehmers |
|-------|--------------------------|---------------------------------------|