

KFZ-SCHADENANZEIGE

Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige genau aus und senden (Email oder FAX) Sie das Formular an unser Büro

Polizzenummer:

Schadennummer:

KFZ-Haftpflicht

KFZ-Kasko

KFZ-Rechtsschutz

| | | | | | |
|---|-------|--------------------|--|-------|--------------------|
| Versicherungsnehmer(in): Name und Anschrift | | | Geschädigter: Name und Anschrift | | |
| Geburtsdatum | Beruf | Telefon (8-16 Uhr) | Geburtsdatum | Beruf | Telefon (8-16 Uhr) |
| Name und Anschrift des Lenkers | | | <i>Name und Anschrift des Lenkers</i> | | |
| Geburtsdatum | Beruf | Telefon (8-16 Uhr) | Geburtsdatum | Beruf | Telefon (8-16 Uhr) |
| War der Lenker/die Lenkerin alkoholisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | Name, Anschrift und Beruf des Verletzten | | |
| Wurde ein Alkotest oder eine Blutprobe vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| Wurde der Führerschein abgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------|---------------------------|--------------------------|---------------|--|
| Führerscheindaten des Lenkers | | letztes Ausstellungsdatum | Art der Verletzung (Tod) | | |
| Ausstellungsbehörde | Gruppe | | | | |
| Verhältnis zum Beteiligten (Verletzten): verwandt, bekannt | | | Versicherer | Polizzenummer | <input type="checkbox"/> haftpflichtversichert <input type="checkbox"/> kaskoversichert |

| | | | | | |
|---|---------------|----------------|---|---------------|----------------|
| Fahrzeugart, Marke, Type | | Kennzeichen | Fahrzeugart, Marke, Type | | Kennzeichen |
| Fahrgestellnummer | Erstzulassung | Kilometerstand | Fahrgestellnummer | Erstzulassung | Kilometerstand |
| Welche Teile des Fahrzeuges sind beschädigt? Schadenhöhe? | | | Welche Teile des Fahrzeuges sind beschädigt? Schadenhöhe? | | |

| | |
|---|--|
| Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit) | Unfallaufnehmende Polizei-/Gendarmeriedienststelle |
| Unfallort (Ort, Straße) | Zeugen: Name, Anschrift, Telefon |
| Bericht über den Unfallhergang, einfache Skizze (wenn nötig Rückseite verwenden!) | |

Besteht auch eine Kasko- und/oder eine KFZ-Rechtsschutzversicherung, beantworten Sie bitte auch die Fragen auf der Rückseite dieser Anzeige. Mit der Erledigung der Haftpflichtansprüche der Geschädigten (Verletzten) bin ich einverstanden.

VOLLMACHT zu Vorfall vom _____. Ich ersuche Sie höflich, der _____ Versicherungs-Aktiengesellschaft zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ergänzung der Unfalldarstellung

Wer hat den Unfall verschuldet? Wodurch?

Bei **Kaskoversicherung**: Vor Beginn der Reparatur ist die Weisung des Versicherers einzuholen!
Wo und wann kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden?

Bei **KFZ-Rechtsschutzversicherung**: Überlassen Sie uns die Auswahl eines versierten Anwaltes? ja nein
Oder welchen Anwalt wünschen Sie?

Bitte beachten Sie

- Soll der Schaden von uns erledigt werden, erstatten Sie die Meldung spätestens innerhalb einer Woche.
- Anerkennen oder befriedigen Sie keine gegnerischen Ansprüche.
- Bei einem Brand-, Diebstahl- oder Wildschaden ist eine Bestätigung über die unverzügliche Anzeige bei der zuständigen Sicherheitsbehörde vorzulegen.
- Verständigen Sie uns von allen Weiterungen unter Angabe der Polizzen- und Schadennummer.
- Gegen die Strafverfügung müsste der Beschuldigte selbst – um Fristversäumnisse zu vermeiden – rechtzeitig Einspruch erheben (siehe Rechtsmittelbelehrung).
- Die Beauftragung eines Rechtsanwaltes erfolgt ausschließlich durch die Versicherungsgesellschaft!
- Unterliegt der Vertrag dem Bonus/Malussystem, können Sie zur Vermeidung einer ungünstigen Prämieinstufung unseren Aufwand innerhalb von 6 Wochen nach unserer Aufforderung rückzahlen.
- Lassen Sie sich von unseren Fachleuten in allen versicherungstechnischen Fragen beraten, wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
- Berücksichtigen Sie, dass wir ausschließlich nach der Schadenmeldung unseres Versicherten tätig werden können. Vollständige und präzise Angaben erleichtern unsere Aufgabe.

Ihr Schadendienst



Hochfügenerstrasse 50
6263 Fügen
Tel.: +43 (0) 5288 63846
FAX: +43 (0) 5288 63846 66
Email: office@vam.or.at