

# Schadensmeldung

## KFZ-Versicherung



<b>Gesellschaft*:</b> .....	<b>Berater:</b> .....
<b>Polizzenummer*:</b> .....	<b>Email:</b> .....
	<b>Telefon:</b> .....

### Art des Schadens

- Haftpflicht
- Kasko
- Insassen
- Rechtsschutz

### Schadendaten

Tag des Schadens:\* .....

Uhrzeit:\* .....

Schadensort :\* .....

<b>Versicherungsnehmer A</b>	<b>Beteiligter B</b>
Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname, Firmenbuchnummer, Geburtsdatum	Eigentümer: Name, Vorname, Titel, Firmenname, Firmenbuchnummer, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Stiege, Tür, Postleitzahl/Ort	Straße, Hausnummer, Stiege, Tür, Postleitzahl/Ort
Kennzeichen	Kennzeichen
Haftpflichtversicherer und Polizzennummer	Haftpflichtversicherer und Polizzennummer
Kaskoversicherer und Polizzennummer	Kaskoversicherer und Polizzennummer
<b>Fahrzeuglenker A</b>	<b>Fahrzeuglenker B</b>
Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname	Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname
Straße, Hausnummer, Stiege, Tür, Postleitzahl/Ort	Straße, Hausnummer, Stiege, Tür, Postleitzahl/Ort
Tel.-Nr. tagsüber	Tel.-Nr. tagsüber
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Führerschein-Nr., Ausstellungsbehörde, Ausstellungsdatum, FS Gruppen	Führerschein-Nr., Ausstellungsbehörde, Ausstellungsdatum, FS Gruppen

## Allgemeine Fragen

Wurde das Fahrzeug mit Ihrem Wissen gelenkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unfallbedingte Führerscheinabnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welchem Zweck diente die Fahrt?	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> geschäftlich
Wurde ein Alkotest vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
War der Lenker alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verhältnis zum Beteiligten (B) bzw. Fahrzeuglenker (B)?	<input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> fremd	<input type="checkbox"/> verwandt

## Schäden am eigenen Fahrzeug

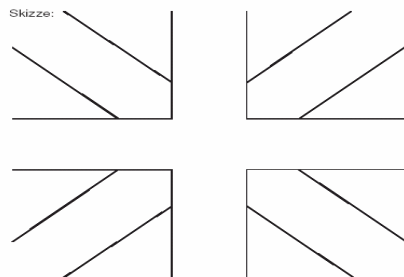
## Schäden am beteiligten Fahrzeug

Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt oder gestohlen? ..... .....	Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt oder gestohlen? ..... .....
Wann und wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?	Wann und wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?
Geschätzte Schadenhöhe? € ..... <b>Dokumente:</b> Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> Lichtbilder <input type="checkbox"/>	Geschätzte Schadenhöhe? € ..... <b>Bitte nicht vergessen anzugeben!</b>

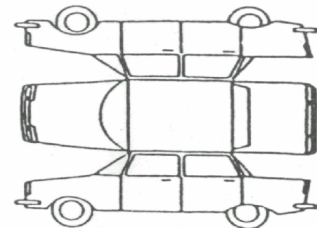
## Unfallhergang

Fahrzeuglenker A		Fahrzeuglenker B	Besondere Bemerkungen:
<input type="checkbox"/>	hat geparktes Fahrzeug beschädigt	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	hat den Rechtsvorrang missachtet	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	hat eine Stopp-/Nachrangtafel nicht beachtet	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	hat den fließenden Verkehr nicht beachtet	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	fuhr auf	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	fuhr zurück	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	wechselte den Fahrstreifen	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	hat als entgegenkommender Linksabbieger den Vorrang nicht beachtet	<input type="checkbox"/>	.....

## Schadenskizze



## Schäden am eigenen KFZ



## Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet?

Fahrzeuglenker A     Fahrzeuglenker B     sonstiger

## Zeugen

Name, Geburtsdatum, Anschrift und Tel.-Nr. der Zeugen

## Sonstiger Sachschaden

Was wurde beschädigt?
Ungefähre Schadenhöhe? €
Name und Anschrift des Eigentümers?

## Angaben über verletzte oder getötete Personen

Name, Anschrift, Alter und Beruf der Person			
Art der Verletzung?			
Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spitals?			
Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	von/bis:
Krankenstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	von/bis:
Grad der Verletzung	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer	
Gurt oder Helm verwendet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fahrzeuginsasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?			

## Behördliche Unfallaufnahme

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Behörde: .....	Aktenzahl:.....
-------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------

## Schadenshergang/Entstehungsursache

.....
.....
.....
.....
.....
.....

## Auszahlung

Die Überweisung der Schadensleistung soll an die unten angeführte Anwaltskanzlei erfolgen:

### Rechtsanwälte OG

Mag. Brunner, Mag. Stummvoll

Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt

Kontonummer: 51542054579

BLZ: 12000

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass alle Angaben zu diesem Schadenfall der Wahrheit entsprechen. Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Ich ermächtige die oben angeführte Gesellschaft (Versicherung), Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden einzuholen, Einsicht in die Akten zu nehmen, sowie Abschriften anzufertigen. Beschädigte Sachen bzw. Teile bewahre ich bis zur Erledigung des Schadenfalles oder entsprechenden Weisung auf.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers\*

**Nur für den internen Gebrauch bestimmt (nicht für den Versicherer) und vom Versicherungsnehmer (Geschädigten) unbedingt noch auszufüllen:**

Ich ersuche die oben angeführte Anwaltskanzlei die vom Versicherer gegebenenfalls erhaltene Schadensleistung wie folgt zu überweisen:

Reparatur-Firma (lt. Rechnung)

Versicherungsnehmer per

Post

Bank: ..... Kontonummer:..... BLZ:.....