

KFZ - SCHADENBERICHT

Versicherungsunternehmen:

ART DER VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Haftpflicht Polizzenummer:	<input type="checkbox"/> Kasko Polizzenummer:	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz Polizzenummer:
---	---	--

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname	Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

VERSICHERTES FAHRZEUG

Art (PKW, LKW, ...)	Marke, Type	Erstzulassung	Fahrgestellnummer	Kennzeichen
---------------------	-------------	---------------	-------------------	-------------

LENKER

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Wurde der Führerschein aufgrund dieses Unfalles abgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stand der Lenker unter Einfluß von Alkohol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

FÜHRERSCHEINDATEN DES LENKERS

Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	Nummer
Gruppen	Taxilenkerausweis vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ereignisort	Datum	Uhrzeit	Geschah die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen?
-------------	-------	---------	--

Ausführliche Schilderung des Ereignisses und Skizze

Entstand Sachschaden außer am eigenen Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Personenschaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art und Umfang des eigenen Schaden			
Von welcher Behörde wurde das Ereignis festgehalten?		Ihre Beurteilung des Verschuldens: <input type="checkbox"/> Eigen- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> kein Verschulden	
Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)			

INTERVENTION

Rettung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Feuerwehr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

FREMDES FAHRZEUG

Art, Marke, Type	Kennzeichen	Haftpflichtversicherer	Kaskoversicherer
Fahrzeughalter (Name, Anschrift)			
Welche Teile des Fahrzeuges wurden Beschädigt		Erkennbare Vorschäden	

SONSTIGE SACHSCHÄDEN

Beschädigte Sachen	Höhe des Schaden €
Eigentümer (Name, Anschrift)	

PERSONENSCHADEN

Verletzte Person(en) (Name, Anschrift, Telefon)	Art der Verletzung(en)
Sind Sie oder Ihr Lenker mit den Verletzten verwandt?	Anzahl der Insassen des eigen Fahrzeuges inklusive Lenker

ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR KASKO UND RECHTSSCHUTZ

Wo (in welcher Werkstätte) ist eine Besichtigung möglich?	Ab wann?
Ist Ihr Fahrzeug geleast? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leasinggesellschaft

Ich (Wir) ermächtige(n) die oben genannte Versicherung, sowie die **Consulting Company Versicherungsmakler GmbH., Petzoldstr. 1, 4600 Wels**, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch die oben genannte Versicherung einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des
Versicherungsnehmers