



KFZ Schadenbericht

| KFZ-Haftpflicht | KFZ-Kasko | Rechtsschutz | Insassen-Unfall |
|---|-----------|--|-----------------|
| Polizzen-Nummer: | | Schaden-Nummer: | |
| Versicherungsnehmer | | Versichertes Fahrzeug | |
| Vorname Nachname: | | Kennzeichen: | |
| Adresse: | | Marke: | |
| Telefon: E-Mail: | | Type: | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Daten des Lenkers | | | |
| Vorname Nachname: | | Geburtsdatum: | |
| Adresse: | | BITTE EINE FÜHRERSCHEINKOPIE BEILEGEN! | |
| Waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert? | | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein | |
| Waren Sie berechtigt zum Lenken des Fahrzeuges? | | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein | |
| Wann hat sich der Unfall ereignet? | | | |
| Datum: | | Uhrzeit: | |
| Unfallort: | | | |
| Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf: | | Geschäftszahl: | |
| Schilderung des Unfallherganges: | | | |

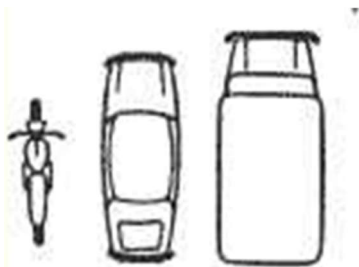
Skizze des Unfallherganges:



Beschreibung der sichtbaren Schäden

versichertes Fahrzeug:

beteiligtes Fahrzeug:



Name, Anschrift des (der) Beteiligten:

Kenneichen:

Marke/Type:

versichert bei:

Verletzte (Nennen Sie bitte die verletzten Personen mit Adresse und Telefonnummer, wenn möglich mit Geburtsdatum, Art der Verletzung und Krankenhaus bzw. Arzt)

Beteiligte und mögliche Zeugen: (Nennen Sie bitte die beteiligten Personen mit Adresse und Telefonnummer, wenn möglich mit Geburtsdatum)

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht. Ich ermächtige die Versicherung sowie deren Vertreter, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten, insbesondere Strafakte und in meine Krankengeschichte Einsicht zu nehmen und davon Kopien anzufertigen. Ebenso ermächtige ich die Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, jede Auskunft zu erteilen.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Lenkers

Ort, Datum: _____

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Schadenmeldung an: **schaden@fivoinvest.at**