

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19
5500 Bischofshofen Telefon: +43 6462 22 066
Internet: www.mario-maurer.at

Privat

Mobil: +43 664 750 448 38
Fax: +43 6462 33 56 61
E-Mail: office@mario-maurer.at

KFZ- -SCHADENSANZEIGE**an die -Versicherung**

| | |
|--------------|---------------------|
| Polizzennr.: | Unsere Schadensnr.: |
| Schadennr.: | Referent: |

| | |
|-------------|--------------------|
| Schadentag: | Uhrzeit: |
| Schadenort: | Behörtl. Aufnahme: |

Versicherungsnehmer

| |
|--------------------------|
| Titel, Vorname, Zuname: |
| Straße, Hausnummer, Tür: |
| Postleitzahl, Ort: |

| Name und Anschrift des Lenkers | Führerscheindaten des Lenkers: |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Titel, Vorname, Zuname: | Ausstellungsbehörde: |
| Straße, Hausnummer, Tür: | Ausstellungsdatum: |
| Postleitzahl, Ort: | Gruppe: |
| Telefon: | FS-Nr.: |
| Geburtsdatum: | |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Waren Sie mit der Benützung des Fahrzeuges durch den Lenker einverstanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Grund: |

| | |
|-----------------------|----------|
| KFZ-Art, Marke, Type: | Baujahr: |
| Kennzeichen: | |
| Fg.-Nr.: | |

| |
|--------------------|
| Beschädigte Teile: |
|--------------------|

| |
|--------------------------|
| Geschätzte Schadenshöhe: |
|--------------------------|

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19

5500 Bischofshofen

Telefon: +43 6462 22 066

Internet: www.mario-maurer.at**Privat**

Mobil: +43 664 750 448 38

Fax: +43 6462 33 56 61

E-Mail: office@mario-maurer.at**Name und Anschrift des Unfallgegners**

Titel, Vorname, Zuname:

Straße, Hausnummer, Tür:

Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Haftpflichtversicherer:

Kaskoversicherer:

Polizzennr.:

Polizzennr.:

KFZ-Art, Marke, Type:

Kennzeichen:

Baujahr:

Vorschäden:

Beschädigte Teile:

Geschätzte Schadenshöhe:

Schadenshergang/SkizzeBesichtigung: Ja Nein

Kontaktperson:

Wurde der Tatbestand behördlich erfasst: Ja Nein Behörde:Verschulden: Eigenverschulden Fremdverschulden TeilverschuldenBesteht für Ihr Fahrzeug eine Rechtsschutzversicherung: Ja Nein
bei:

Ich (Wir) ermächtige(n) die _____ **-Versicherung** bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers