



Versicherungsbüro  
Hössinger  
3107 St.Pölten Mühlweg 96  
Tel.02742 / 219 66 - 0  
Fax.02742 / 219 66 40

## KRAFTFAHRZEUG – SCHADENSMELDUNG

		Schadensnummer – Referent:		
		Haftpflicht	Kasko	Rechtsschutz
Polizzenummer:				
Vers. Gesellschaft				
<b>Versicherungsnehmer:</b>			Tel. Nr.	
PLZ: Ort: Strasse: Nr.				
Schaden – Ort:				
Schaden – Datum:			Uhrzeit:	
Fahrzeugart:		Marke – Type:		Baujahr:
Fahrgestellnummer:			Kennzeichen:	Km-Stand:
<b>Lenker des Fahrzeuges:</b>			Geb. Datum:	
PLZ: Ort: Strasse: Nr.				
Führerschein Nr.			Ausstellungsbehörde:	
Führerschein Gruppen:			Ausgestellt am:	
War der Lenker berechtigt das Fahrzeug zu lenken: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			Alkoholisierung: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	
Erfolgte eine Behördliche Aufnahme:				
<b>Name des Unfallgegners:</b>			Tel. Nr.	
PLZ: Ort: Strasse: Nr.				
Fahrzeugart:		Marke – Type:		Baujahr:
Fahrgestellnummer:			Kennzeichen:	Km-Stand:
Haftpflicht Vers. bei:			Pol. Nr.	
Kasko – Vers. <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			Pol. Nr.	
<b>Name des 2 Unfallgegners:</b>			Tel. Nr.	
PLZ: Ort: Strasse: Nr.				
Fahrzeugart:		Marke – Type:		Baujahr:
Fahrgestellnummer:			Kennzeichen:	Km-Stand:
Haftpflicht Vers. bei:			Pol. Nr.	
Kasko Vers. <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			Pol. Nr.	

Bitte wenden

<b>Schilderung des Unfallherganges:</b>          
<b>Unfallskizze:</b>          

Wer trägt Ihrer Meinung nach dem Verschulden ? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift von Zeugen: \_\_\_\_\_

Beschädigung am eigenen Fahrzeug: \_\_\_\_\_

Beschädigung am fremden Fahrzeug: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift von Verletzten	Alter	Art der Verletzung

Jeder Schaden, der durch Diebstahl, Unterschlagung, Raub, unbefugten Gebrauch durch betriebsfremde Personen, Parkschaden oder Wildschaden entsteht, ist vom Versicherungsnehmer oder Lenker bei der nächsten Polizei- oder Gendarmeriedienststelle unverzüglich anzuzeigen!

Eine allfällige Entschädigung soll erbracht werden an:

Name: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_  
Konto Nr. \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Ich erkläre, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und hafte für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

---

**EINSICHTSERMÄCHTIGUNG:**

Der Gefertigte ermächtigt die Versicherungsgesellschaft oder ihren ausgewiesenen Vertreter, in meiner Angelegenheit in den gerichtlichen, amtlichen bzw. medizinischen Akt einzusehen und von diesem Abschriften zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Lenkers

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