

KFZ - Schadenmeldung

an die Versicherung

**Beiliegendes Schadendatenblatt
ausgefüllt retour an VC !**

| | |
|--|----------------------------------------|
| | Beruf/Firmenart: Geburtsdatum : |
|--|----------------------------------------|

J=ja N=nein

| | | | |
|-------------|-------|----------|--------------|
| Haftpflicht | Kasko | Insassen | Rechtsschutz |
| | | | |

| | | | |
|----------------|-----|-----------------------|--|
| Polizzenummer: | | | |
| Schadennummer: | | Schadennummer Makler: | |
| Referent: | | Referent Makler: | |
| Schadentag: | | Uhrzeit: | |
| Schadenort: | , , | Beh. Aufnahme: | |

Fahrzeugdaten laut Zulassungsschein:

| | | | |
|----------------------|--|---------------------|--|
| Kennzeichen: | | Marke: | |
| Fahrzeugart: | | Handelsbezeichnung: | |
| Type: | | Erstzulassung: | |
| Fahrgestellnummer: | | Baujahr: | |
| KW : | | Katalysator: | |
| Plätze incl. Lenker: | | Hubraum: | |

Lenkerdaten eigen:

| | |
|--|-------------------------------|
| | Geburtsdatum: Telefon: |
|--|-------------------------------|

Führerscheindaten eigen:

| | |
|-------------------------|--|
| FS-Nr./Gruppen/Behörde: | |
|-------------------------|--|

Schadenshergang:

| | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| | | | |
| Verschulden: | | Gesch. Höhe des. Schadens: | |
| Gesch. Höhe des Schadens Gegner: | | Eigener Fahrzeugschaden: | |
| Gegnerischer Schaden: | | Personenschaden: SV-Besichtigung: | |
| Sonstiger Sachschaden: | | | |

Gegnerdaten:

| |
|--|
| |
|--|

Lenkerdaten fremd:

| |
|--|
| |
|--|

Fahrzeugdaten fremd:

| | | | |
|-----------------------|---|---------------|--|
| Marke: | | Kennzeichen : | |
| Versicherung/Pol.Nr.: | / | Baujahr: | |
| Zeugen: | | | |

| | |
|----------------------------------------------------|-----------------|
| Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen: | Bankverbindung: |
|----------------------------------------------------|-----------------|

Ich ermächtige 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.

| | |
|--|---------------------------------------|
| | Unterschrift des Versicherungsnehmers |
|--|---------------------------------------|

Harterstrasse 27, 8053 Graz, Tel. +43 316 273090, Fax DW 66, e-mail: office@vc-makler.at, www.vc-makler.at
 Firmensitz Graz, Firmenbuch Handels-Gericht Graz, Abt. FN38165a, DVR: 1033409, UID-Nr. 28729800,
 Gew.-Reg.-Nr.-Makler: A4-K1135/1993/1, Gew.-Reg.-Berater: A4-K1135/a/1993/1, Vers.-Vermittler-Nr: Register 601, Gewerberegister-Nr. 013800

IHR VERSICHERUNGSMAKLER
 DIE BESTE VERSICHERUNG

