



Kraftfahrzeug/Rechtsschutz- Schadensmeldung

Schadensnummer Firma Harald Gögl

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

An die	Polizzenummer:
--------	----------------

Versicherungsnehmer:	Beruf/Firmenart:
	Geburtsdatum:
	Telefonnummer:

Schadentag:	Schadenort:
Uhrzeit:	Behördliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Von:
	Adresse:
Anzahl der Insassen:	Intervention: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja: Name:
	Adresse:

Kennzeichen:			
Marke und Typ			
Fahrgestellnummer:			
Haftpflichtvariante			
Baujahr:	Plätze:	KW:	Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

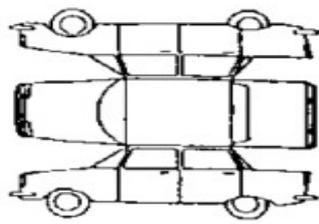
Name und Anschrift des Lenkers:	Geburtsdatum:	
	Telefonnummer:	
FS Nr:	Gruppen:	Ausstellungsdatum:
Ausstellende Behörde	Taxilenker Ausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Führerschein aufgrund des Unfalles abgenommen?	Stand der Lenker unter Einfluß von Alkohol?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Verschulden:	<input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> fremd
Geschätzte Höhe des Schadens:	

Eigener Fahrzeugschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Umfang:	
Personenschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Umfang:	
Sonstiger Sachschaden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Umfang:	
Besichtigung erforderlich?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besichtigungsort:	
ab wann?	

Anwalt (Rechtsschutz): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Anwaltes:

Schadenhergang lt. Angabe des Lenkers: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
Geschwindigkeit des Fahrzeuges vor dem Unfall: eigenes <input style="width: 50px;" type="text"/> km/h fremdes: <input style="width: 50px;" type="text"/> km/h
Zeugen: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

Daten des gegnerischen Fahrzeuges			
Name und Anschrift des Eigentümers: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/> Telefonnummer: <input style="width: 100px;" type="text"/> e mail: <input style="width: 100px;" type="text"/> Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name und Anschrift des Lenkers: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/> Telefonnummer: <input style="width: 100px;" type="text"/> e mail: <input style="width: 100px;" type="text"/>		
FS Nr: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Gruppen: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ausstellungsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Ausstellende Behörde <input style="width: 100px;" type="text"/>	Taxilenker Ausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wurde der Führerschein aufgrund des 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	
Fahrzeugmarke und Typ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Baujahr: <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Versicherung <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Polizzenummer <input style="width: 100px;" type="text"/>	Kollisionskasko: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Geschätzte Höhe des Schadens: <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Umfang des Schadens: <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Besichtigung erforderlich?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besichtigungsort: <input style="width: 100px;" type="text"/> ab wann? <input style="width: 100px;" type="text"/>			

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.

Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen: <input type="checkbox"/> über Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> über Maklerbüro <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Barcheck <input type="checkbox"/> Überweisung BIC: <input style="width: 100px;" type="text"/> IBAN: <input style="width: 100px;" type="text"/> Bankname: <input style="width: 100px;" type="text"/> Name Kontoinhaber: <input style="width: 100px;" type="text"/>
--	--

Ort/Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Lenkers