

Kraftfahrzeug Schadenbericht



FIVoInvest

FIVoInvest GmbH

Der direkte Draht für Schadensauskünfte
office@fivoinvest.at
T +43 (0)6582 / 71066-0
F +43 (0)6582 / 71066-20
Lofererstraße 46
A-5760 Saalfelden

Art der Versicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kfz-Haftpflicht Insassen-Unfall
 Kasko Rechtsschutz

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer/Familien- und Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf (oder Betrieb):

Name des Geldinstitutes:

BIC:

IBAN (LKZ / BLZ / Kontonummer):

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.

Versichertes Fahrzeug:

Marke / Type:

Kilometerstand:

Behördliches Kennzeichen:

Datum der
Erstzulassung:

Datum der
Zulassung:

Fahrgestell-Nr.:

Lenker:

Familien- und Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Führerschein-
Nr.:

Führerschein-
klassen:

Führerschein
ausgestellt von:

Führerschein
ausgestellt am:

Staatsbürgerschaft:

Beruf:

Benützte der Lenker das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung?
Welchem Zweck diente die Fahrt?
Gab es außer dem Lenker Insassen in Ihrem Fahrzeug?
Wurden die Insassen mit Ihrer Zustimmung befördert?
Konsumierte der Lenker innerhalb der letzten 12 Stunden
vor dem Unfall Alkohol oder Suchtgift?

ja nein
 privat geschäftlich
 ja nein
 ja nein
 ja nein

Wenn ja, wie viele?

Wenn ja, wie viel?

Wann ereignete sich der Schadenfall?

Datum:

Uhrzeit:

Schadenort:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Schilderung des Schadenfalles (eventuell Skizze beifügen):

Falls der vorhandene Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein Beiblatt.

Welche Teile Ihres Fahrzeuges wurden beschädigt?		
Wann und wo kann Ihr beschädigtes Kraftfahrzeug besichtigt werden?		Voraussichtliche Schadenhöhe:
Angaben über Fremdfahrzeuge bzw. deren Eigentümer:		
Name:	Adresse:	
Telefon-Nr.:	E-Mail:	
Marke: Type:	Kennzeichen:	Versichert bei:
Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt?		Voraussichtliche Schadenhöhe:
Name:	Adresse:	
Marke: Type:	Kennzeichen:	Versichert bei:
Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt?		Voraussichtliche Schadenhöhe:
Name:	Adresse:	
Marke: Type:	Kennzeichen:	Versichert bei:
Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt?		Voraussichtliche Schadenhöhe:
Sonstiger Sachschaden:		
Was wurde beschädigt?		Voraussichtliche Schadenhöhe:
Name des Eigentümers:		E-Mail:
Adresse:		Telefon-Nr.:
Angaben über verletzte (oder getötete) Personen:		
Name:	Adresse:	Alter:
Art der Verletzung:	Grad der Verletzung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Angegurtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:	Adresse:	Alter:
Art der Verletzung:	Grad der Verletzung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Angegurtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:	Adresse:	Alter:
Art der Verletzung:	Grad der Verletzung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Angegurtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeugen:		
Name:	Adresse:	Tel.-Nr.:
Name:	Adresse:	Tel.-Nr.:
Name:	Adresse:	Tel.-Nr.:
Besteht für das Fahrzeug / den Lenker eine Rechtsschutzversicherung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?		Polizzen-Nummer(n):
WICHTIG!		
Wen halten Sie an diesem Schadenereignis für schuldtragend?		
Ich bin mit der Befriedigung der Ansprüche des/der Geschädigten einverstanden.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.		
Ich ermächtige die _____ 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.		

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers