

Kraftfahrzeug Schadenbericht



Helvetia Versicherungen AG

Schadenservice

Der direkte Draht für Schadenaskünfte

T 050 222-7110 F 050 222-91562

schaden@helvetia.at

www.helvetia.at

Generaldirektion:

1010 Wien, Hoher Markt 10-11

T 050 222-0, F 050 222-91000

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):

Bankverbindung:

Bankleitzahl:

Konto-Nr.:

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?

ja

nein

Welchem Zweck diente die Fahrt?

privat

geschäftlich

Gab es außer dem Lenker Insassen in Ihrem Fahrzeug?

ja

nein

Wenn ja, wie viele?

Wurden die Insassen mit Ihrer Zustimmung befördert?

ja

nein

Konsumierte der Lenker innerhalb der letzten 12 Stunden
vor dem Unfall Alkohol oder Suchtgift?

ja

nein

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: | Kennzeichen: | | Versichert bei: |
| Type: | | | |
| Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt? | | | Voraussichtliche Schadenhöhe: |
| Name: | | Adresse: | |
| Marke: | Kennzeichen: | | Versichert bei: |
| Type: | | | |
| Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt? | | | Voraussichtliche Schadenhöhe: |
| Name: | | Adresse: | |
| Marke: | Kennzeichen: | | Versichert bei: |
| Type: | | | |
| 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 Helvetia Versicherungen AG 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 |