

# K F Z - S C H A D E N M E L D U N G



**Wiener Städtische** - Versicherung, 1010 Wien, Schottenring 30  
 Tel.: 050 350 - 20 000 Fax: 050 350 - 99 20 000  
 e-mail: mail-us@staedtische.co.at

Haftpflicht

Kasko

Schadennummer: \_\_\_\_\_

Polizzenummer: \_\_\_\_\_

Betreuer: andreas@duchek.at Tel. 01 990 61 81

<u>Versicherungsnehmer:</u>	tel. erreichbar:
geb. am	

Marke/Type:	kW	EZ.
Kennzeichen:	km-Stand:	FGNR.:

<u>Lenker:</u>	geb. am		
Fschnr.	Gruppe	ausgestellt von	am
Zul.besitzer mit Fahrt einverstanden ?	Lenker alkoholisiert ?	Schaden im Rahmen einer motorsportlichen Wettbewerbes oder Trainingsfahrt ?	
Verhältnis zum Unfallgegner ?	Führerscheinabnahme ?		
Strafverfahren eingeleitet ?	Lenker übermüdet ?		

Schadendatum	Zeit	Ort
--------------	------	-----

Aufnahme durch Polizei in der			
Strafverfahren eingeleitet ? ja / nein		Geschäftszahl:	
WERKSTÄTTE:	wird von mir beauftragt, die Schadenabwicklung mit der Versicherung vorzunehmen, ebenso die Organisation einer etwaig notwendigen Besichtigung durch einen von der Versicherung beauftragten Sachverständigen im unzerlegten Zustand.		

Sachverhalt:

vorstehender Sachverhalt und Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach besten Wissen erstellt. Ich ermächtige meine Versicherung, sowie meinen Berater Andreas Duchek Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen, Polizei, Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen, Einsicht in die Akte zu nehmen, sowie Abschriften oder Auszüge daraus anzufertigen.

Wien, am

Unterschrift des VN

<u>Zeugen des VU:</u>	geb. am
-----------------------	---------

<u>Zeugen des VU:</u>	geb. am
-----------------------	---------

<u>fremdes Fahrzeug:</u>			
Art, Marke/Type			
KZ:	versichert bei		Polnr.:
Schaden:			

<u>Lenker des o.a. FZes:</u>				geb. am
Fschnr.	Gruppe	ausgestellt von		am
<u>Zulassungsbesitzer des o.a. FZes:</u>				

<u>Verletzter:</u>	geb. am
--------------------	---------