



MEHRFACH VERSICHERUNGSAGENTUR
www.v-b-l.at vbl@aon.at



An die

LUFTENSTEINER Rosa

Kolbing 16, 4342 Baumgartenberg

Tel & Fax 07269/403, 0664 1540326

vbl@aon.at www.v-b-l.at

GISA-Zahl: 30338371

KRAFTFAHRZEUG- SCHADENMELDUNG

Polizzen-Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Adresse des VN:	
Telefon:	Fax:
Kto.-Nr.:	BLZ:
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

Versichertes Fahrzeug: _____ Marke: _____
 Fahrgestellnummer: _____ Kennz.: _____ Km-Stand: _____

	Haftpflicht	Kasko	Rechtsschutz
Polizzennummer:			
Gesellschaft:			

Lenker des Fahrzeuges: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Führerschein Nr.: _____ ausgestellt am: _____

Für die Gruppen: _____

In welchem Familien- oder Dienstverhältnis steht der Lenker zum Versicherungsnehmer: _____

Geschah die Fahrt mit Wissen und Willen des Versicherungsnehmers? ja nein

Privatfahrt Dienstfahrt

Zweck der Fahrt: _____

Wurde der Tatbestand von einer Exekutive aufgenommen? ja nein

Wenn ja, von welcher? _____

Führerscheinabnahme: ja nein

War der Einsatz einer Rettung erforderlich? ja nein

Name und Adresse des Unfallgegners: _____

Daten des gegnerischen Fahrzeuges:

Kennzeichen: _____ Art und Marke: _____

Haftpflichtversicherung: _____ Pol.-Nr.: _____

Kaskoversicherung: _____ Pol.-Nr.: _____

Schilderung des Unfallherganges: _____

Unfallskizze:

Wer trägt Ihrer Meinung nach das Verschulden? _____

Name und Anschrift von Zeugen: _____

Beschädigung am eigenen Fahrzeug: _____

Beschädigung am fremden Fahrzeug: _____

Name und Adresse von Verletzten	Alter	Art der Verletzung

Jeder Schaden, der durch Diebstahl, Unterschlagung, Raub, unbefugten Gebrauch durch betriebsfremde Personen, Brand, Explosion oder Wild entsteht, ist vom Versicherungsnehmer oder Lenker bei der nächsten Polizei- oder Gendarmeriedienststelle unverzüglich anzuzeigen!

An wen soll eine allfällige Entschädigung erbracht werden?

Empfänger: _____

Kto.-Nr. _____ Bank oder BLZ: _____

Ich erkläre, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und hafte für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

 Ort, Datum

 Versicherungsnehmer

VOLLMACHT

Ich, _____, bevollmächtige die

in meiner Angelegenheit _____

in den gerichtlichen, amtlichen bzw. medizinischen Akt einzusehen und von diesem Abschriften zu nehmen.

 Ort, Datum



 Versicherungsnehmer