

Schadenmeldung zu folgender(n) Sparte(n):

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

Polizzenummer (unbedingt angeben)

Schadennummer (wenn bekannt)

Unfalldaten:

Tag des Unfalles: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Schadenort (Ort, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein): \_\_\_\_\_

Behördliche Unfallaufnahme:

nein

ja

Behörde: \_\_\_\_\_

Aktenzahl: \_\_\_\_\_

Bei Entwendungs-, Brand-, Wild-, Haustier-, Park- oder Vandalismusschaden ausfüllen!

Die Anzeige erfolgte am: \_\_\_\_\_

Wegen: \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_

Aktenzahl: \_\_\_\_\_

| Versicherungsnehmer A   | Beteiligter B   |
|---|---|
| Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname  | Eigentümer: Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname                                    |
| Straße, Hausnummer, Stiege, Tür   | Straße, Hausnummer, Stiege, Tür   |
| Postleitzahl und Ort  | Postleitzahl und Ort  |
| Tel.-Nr. tagsüber   | Tel.-Nr. tagsüber   |
| Geburtsdatum  | Geburtsdatum  |
| Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe   | Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe   |
| Baujahr, behördl. Kennzeichen   | Baujahr, behördl. Kennzeichen   |
| Fahrgestell-Nr. und Kilometerstand  | Fahrgestell-Nr. und Kilometerstand  |
| Leasing-Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          | Leasing-Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |
| Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rechtsschutzversicherer und Polizzenummer   | Haftpflichtversicherer und Polizzenummer  |
| Kaskoversicherer und Polizzenummer  | Kaskoversicherer und Polizzenummer  |
|   |   |
| Fahrzeuglenker A  | Fahrzeuglenker B  |
| Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname  | Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname  |
| Straße, Hausnummer, Stiege, Tür   | Straße, Hausnummer, Stiege, Tür   |
| Postleitzahl und Ort  | Postleitzahl und Ort  |

|                     |                    |  |  |
|---------------------|--------------------|--|--|
| Tel-Nr. tagsüber    |                    | Tel-Nr. tagsüber   |  |
| Geburtsdatum        |                    | Geburtsdatum   |  |
| Beruf               | Staatsbürgerschaft | Unfallbedingte Führerscheinabnahme?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Führerscheinnummer  | Gruppen            |  |  |
| Ausstellungsbehörde | Ausstellungsdatum  |  |  |

### Allgemeine Fragen

|   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| Wurde das Fahrzeug mit Ihrem Wissen gelenkt?            | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein                                    |
| Unfallbedingte Führerscheinabnahme?                     | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein                                    |
| Welchem Zweck diente die Fahrt?                         | <input type="checkbox"/> privat     | <input type="checkbox"/> geschäftlich                            |
| Wurde ein Alkotest vorgenommen?                         | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein                                    |
| War der Lenker alkoholisiert?                           | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein                                    |
| Verhältnis zum Beteiligten (B) bzw. Fahrzeuglenker (B)? | <input type="checkbox"/> bekannt    | <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> fremd |
| Verhältnis zum Versicherungsnehmer (A)?                 | <input type="checkbox"/> Ehepartner | <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiges |

| Schäden am eigenen Fahrzeug                                   | Schäden am beteiligten Fahrzeug                               |
|---|---|
| Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt oder gestohlen? | Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt oder gestohlen? |
| Wann und wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?  | Wann und wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?  |
| Geschätzte Schadenhöhe?                                       | Geschätzte Schadenhöhe?                                       |

### Sonstiger Sachschaden

|                                     |
|-------------------------------------|
| Was wurde beschädigt?               |
| Ungefähre Schadenhöhe?              |
| Name und Anschrift des Eigentümers? |

### Angaben über verletzte oder getötete Personen

|   |                                 |                                 |          |
|---|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| Name, Anschrift, Alter und Beruf der Person       |                                 |                                 |          |
| Art der Verletzung?                               |                                 |                                 |          |
| Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spitals? |                                 |                                 |          |
| Krankenhausaufenthalt                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   | vom/bis: |
| Krankenstand                                      | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   | vom/bis: |
| Grad der Verletzung                               | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer |          |
| Gurt oder Helm verwendet                          | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| Fahrzeuginsasse                                   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?         |                                 |                                 |          |

### Mitfahrer und Zeugen

|  |
|--|
| Name, Anschrift und Tel.-Nr. der Mitfahrer |
|--|

### Unfallgergang

| Fahrzeuglenker A         |  | Fahrzeuglenker B         | Schilderung des Schadenfalles, besondere Bemerkungen: |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | hat geparktes Fahrzeug beschädigt            | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> | hat den Rechtsvorrang missachtet             | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> | hat eine Stopp-/Nachrangtafel nicht beachtet | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> | hat den fließenden Verkehr nicht beachtet    | <input type="checkbox"/> |   |

|  |  |                          |                  |
|--|--|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/>                           | fuhr auf   | <input type="checkbox"/> |                  |
| <input type="checkbox"/>                           | fuhr zurück  | <input type="checkbox"/> |                  |
| <input type="checkbox"/>                           | wechselte den Fahrstreifen   | <input type="checkbox"/> |                  |
| <input type="checkbox"/>                           | fuhr in die Gegenfahrbahn  | <input type="checkbox"/> |                  |
| <input type="checkbox"/>                           | hat als entgegenkommender Linksabbieger den Vorrang nicht beachtet | <input type="checkbox"/> |                  |
| Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet? |  |                          |                  |
| <input type="checkbox"/>                           | Fahrzeuglenker A   | <input type="checkbox"/> | Fahrzeuglenker B |
|  |  | <input type="checkbox"/> | sonstiger        |

Die Überweisung soll erfolgen an:

Versicherungsnehmer: Bank: \_\_\_\_\_  
 Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 BLZ: \_\_\_\_\_

Reparaturwerkstätte

**Bitte beachten!**

- Wenn Sie von einem Gericht oder einer Behörde eine Klage, Ladung oder Strafverfügung erhalten, setzen Sie sich bitte sofort mit Ihrer Versicherungsanstalt in Verbindung.
- Bitte informieren Sie Ihren Lenker entsprechend.
- Geben Sie bitte bei alle Mitteilungen und Anfragen unbedingt die Polizzennummer und Schadennummer (wenn bekannt) an.

Sonstiges:

Die Unterzeichneten sind allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt.

Ich (Wir) ermächtige(n)

Herrn/Frau .....

bei Behörden, Ärzten und Krankenanstalten Auskunft einzuholen b.z.w. in deren Akten (insbesondere auch Straf- und/oder Verwaltungsverfahren) Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Fahrzeuglenkers

Sollten Sie zum Ausfüllen dieses Formulars Fragen haben, kontaktieren Sie uns per E-Mail: [office@vas-team.at](mailto:office@vas-team.at) oder per Telefon: 02635 / 624 23