

# Schadenmeldung KFZ

Polizzenummer/ Schadennummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Polizzenummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)

Versicherungsart  Haftpflicht  Kasko  Insassen Unfall

Unfalldaten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag des Unfalls	Uhrzeit	Unfallstelle ( Ort, Straße Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)
	Behördliche Unfallaufnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, durch		<input type="text"/>

Versicherungsnehmer A		Beteiligter B	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname		Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Anschrift: Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür-Nr.		Anschrift: Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Tel.-Nr.	Postleitzahl Ort Tel.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe		Bei Beschädigung am KFZ: Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
behördl. Kennzeichen		behördl. Kennzeichen	
Kilometerstand zum Unfallzeitpunkt: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Haftpflicht <input type="checkbox"/> Kasko	
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz		<input type="text"/>	
Versichert bei		Versichert bei	
Polizzenummer		Polizzenummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein		Leasingfahrzeug? <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	

Fahrzeuglenker A		Fahrzeuglenker B	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Familienname, Vorname, Titel		Familienname, Vorname, Titel	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Anschrift: Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür-Nr.		Anschrift: Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Führerscheinnummer, Staatsbürgerschaft		Unfallbedingte Führerscheinabnahme?	
Ausstellungsbehörde, Gruppe		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Beschädigung an fremden Sachen (nicht an Fahrzeugen)**

<b>AktuellXGruppe</b>		
<b>Niederlassung Wien</b>	<b>Niederlassung Oberösterreich</b>	<b>Niederlassung Steiermark</b>
Telefon +43 (0)50 103 - 3333	Telefon +43 (0)50 103 - 474	Telefon +43 (0)50 103 - 510
Email.: office.wien@aktuell.co.at	Email.: office.linz@aktuell.co.at	Email.: office.graz@aktuell.co.at

Schäden an eigenen Fahrzeug	Schäden am beteiligten Fahrzeug
Sichtbare Schäden bitte mit X kennzeichnen	Sichtbare Schäden bitte mit X kennzeichnen

Verletzte Personen	
Name, Anschrift und Beruf des Verletzten/Art der Verletzung	Fahrzeug- <input type="checkbox"/> ja insasse? <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	
Name, Anschrift und Beruf des Verletzten/Art der Verletzung	Fahrzeug- <input type="checkbox"/> ja insasse? <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	

Unfallhergang		
Fahrzeuglenker (A)	Fahrzeuglenker (B)	Unfallhergang, besondere Bemerkung / Skizze
<input type="checkbox"/> hat geparktes Fahrzeug beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<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 <input type="text"/>	

Zeugen	
Name, Anschrift und Tel.-Nr.	Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	
Name, Anschrift und Tel.-Nr.	Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	

Nur bei Kasko Versicherung zusätzlich ausfüllen	
Bei Entwendungs-, Brand-, Wild-, Haustier-, Park oder Vandalismusschaden ausfüllen!	<input type="text"/>
Die Anzeige erfolgte am:	<input type="checkbox"/> Entwendung <input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Wild/Haustier <input type="checkbox"/> Parkschaden <input type="checkbox"/> Vandalismus
Behörde und Zahl	<input type="text"/>

Ort und Datum	Unterschrift: LenkerIn	Unterschrift: VersicherungsnehmerIn
	<b>AktuellXGruppe</b>	
<b>Niederlassung Wien</b>	<b>Niederlassung Oberösterreich</b>	<b>Niederlassung Steiermark</b>
Telefon +43 (0)50 103 - 3333	Telefon +43 (0)50 103 - 474	Telefon +43 (0)50 103 - 510
Email.: office.wien@aktuell.co.at	Email.: office.linz@aktuell.co.at	Email.: office.graz@aktuell.co.at