

SCHADENANZEIGE <input type="radio"/> KFZ-HAFTPFLICHT <input type="radio"/> KFZ-KASKO	An die	SHV Schütz & Liess Maklerbüro Am Kaisermühlendamm 71 A-1220 Wien Fon: +43 1 260 61 11 Fax: +43 1 260 61 20 office@wit-shv.at
	_____ Versicherung Schadensabteilung	

POLIZZENNUMMER:

VERSICHERUNGSNEHMER	
Name:	TelNr.:
	Fax. Nr.:
Anschrift:	

LENKER DES EIGENEN FAHRZEUGES; FALLS ABWEICHEND VOM VERSICHERUNGSNEHMER:			
Name:		TelNr.:	
Anschrift:			
Führerscheinnummer:	Fahrzeugklassen:	Ausgestellt am:	Ausgestellt von:
Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert?			
<input type="radio"/> ja - welche und wieviel?			<input type="radio"/> nein

EIGENES FAHRZEUG:	
Art, Marke, Type	Kennzeichen:
Beschädigungen	

ANGABEN ZUM UNFALL:
Unfallort, Unfalltag, Uhrzeit
Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? Durch wen? Aktenzahl?
Wen trifft Ihrer Meinung nach ein Verschulden?
Was ist passiert? Schilderungen und Skizze

EIGENTÜMER DES FREMDEN FAHRZEUGES	
Name:	TelNr.:
	Fax. Nr.:
Anschrift:	

LENKER DES FREMDEN FAHRZEUGES; FALLS ABWEICHEND VOM EIGENTÜMER:			
Name:		TelNr.:	
Anschrift:			
Führerscheinnummer:	Fahrzeugklassen:	Ausgestellt am:	Ausgestellt von:
Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert? <input type="radio"/> ja - welche und wieviel? <input type="radio"/> nein			

FREMDE FAHRZEUGDATEN:	
Art, Marke, Type	Kennzeichen:
Beschädigungen	Versichert bei / Pol.Nr.

WURDE JEMAND VERLETZT?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Name:	Telefon:	
Anschrift:		
Art der Verletzung		

SONSTIGE INFORMATIONEN (weitere Beteiligte, Zeugen, Verletzte, etc.)

Ich/ wir ermächtigen die **oben angeführte - Versicherung** , Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffende Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) zu nehmen.

Datum	Unterschrift des Lenkers	Unterschrift des Versicherungsnehmers