Maklerbüro Liess **SCHADENANZEIGE** An die Am Kaisermühlendamm 71 A-1220 Wien O KFZ-HAFTPFLICHT Versicherung Fon: +43 1 260 61 11 O KFZ-KASKO Schadensabteilung office@wit-shv.at 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? O ja - welche und wieviel? 0 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

EIGENTUMER DES FREM	IDEN FAHRZEUGES			
Name:			TelNr.:	
A 1.76			Fax. Nr.:	
Anschrift:				
LENKER DES FREMDEN FAHRZEUGES; FALLS ABWEICHEND VOM EIGENTÜMER:				
Name:			TelNr.:	
Anschrift:				
		ľ		
Führerscheinnummer:	Fahrzeugklassen:	Ausgestellt am:		Ausgestellt von:
Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert?				
O ja - welche und wieviel? O nein				
EDEMDE EAUDZEUGDA				
FREMDE FAHRZEUGDATEN:				Varanciahan
Art, Marke, Type				Kennzeichen:
Beschädigungen				Versichert bei / Pol.Nr.
Doornaaliganigon				7 57 57 57 7 7 5 117 417
WURDE JEMAND VERLE	TZT? O JA	0	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 L	enkere	Unterschrift o	des Versicherungsnehmers
Datuiii	Onterscrinit des L	.GIINGI 3	OHIGISCHIII (aes versionerungsneriiners