



Dresdnerstrasse 109
 PF 9, 1201 Wien

T: +43 / 1/ 332 35 30, 332 35 41
 F: +43 / 1/ 332 04 51
 E: office@bloch.at
 www.bloch-versicherungen.at

SCHADENMELDUNG – KFZ-VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Kasko	<input type="checkbox"/> Insassenunfall
--------------------------------------	--------------------------------	---

Versicherungsgesellschaft	Polizzen-Nummer

Versicherungsnehmer (A)	Beteiligter (B)
Name	Name
Anschrift	Anschrift
Telefon (tagsüber)	Telefon (tagsüber)
E-Mail	E-Mail
Fahrzeugart, Marke, Type	Fahrzeugart, Marke, Type
Baujahr, Kennzeichen, Fahrgestellnummer	Baujahr, Kennzeichen, Fahrgestellnummer
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haftpflicht
versichert bei	<input type="checkbox"/> Kasko
Polizzen-Nummer	versichert bei
Leasingfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Polizzen-Nummer
Vorsteuerabzugsberechtigt <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

Fahrzeuglenker (A)	Fahrzeuglenker (B)
Name	Name
Anschrift	Anschrift
Telefon (tagsüber)	Telefon (tagsüber)
E-Mail	E-Mail
Führerscheinnummer, Ausstellungsbehörde, Gruppe	
Lenkte er Ihr Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
War der Lenker alkoholisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
unfallbedingte Führerscheinabnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	unfallbedingte Führerscheinabnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verhältnis zum Beteiligten/Fahrzeuglenker (B) <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> fremd	



SCHADENEREIGNIS

Schadendatum, -uhrzeit	
Schadenort	
Behördliche Unfallaufnahme	<input type="checkbox"/> ja, durch <input type="checkbox"/> nein
Unfallhergang (genauer Schilderung/Skizze) – evtl. Beiblatt verwenden	

Schäden am eigenen KFZ (A)	Schäden am beteiligten Fahrzeug (B)
geschätzte Schadenhöhe: €	geschätzte Schadenhöhe: €
reparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
unreparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, bitte anführen:
welche Teile wurden beschädigt (evtl. Beiblatt verwenden)	welche Teile wurden beschädigt (evtl. Beiblatt verwenden)
wann und wo kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden	

Beschädigung an fremden Sachen (nicht an Fahrzeugen)
Verletzte Personen Name, Anschrift, Alter, Art der Verletzung (evtl. Beiblatt verwenden)
Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gurt/Helm verwendet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)	
---	--

ENTWENDUNGS-, BRAND-, WILD-, PARKSCHÄDEN

Bestätigung durch die Sicherheitsbehörde:	Die Anzeige erfolgte am
	Eingabe-Zahl Nr.
	wegen <input type="checkbox"/> Entwendung <input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Wild/Haustier <input type="checkbox"/> Parkschaden
	Stampiglie Unterschrift

ENTSCHÄDIGUNGSZAHLUNG

an	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Geschädigten	<input type="checkbox"/> Reparaturwerkstätte
	BLZ	Kto.Nr.	
	Bank	Kto.Inhaber	
Wohnadresse (bei Postanweisung)			

Die Fragen der Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich bevollmächtige oben angeführten Versicherer sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende(n) Akte(n) Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Fahrzeuglenker