

HK-SCHADENANZEIGE

KRAFTFAHRZEUGHAFTPFLICHT

RECHTSSCHUTZ

KRAFTFAHRZEUGKASKO

Schaden Nr.	Polizze Nr.	Kfz-Kennzeichen
-------------	-------------	-----------------

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Post:

Schadentag (Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit)

Unfallort:

Bericht über Ursachen und Hergang des Vorfalls:

Skizze:

Von welcher Polizei-, Gendarmeriestelle wurde der Vorfall aufgenommen?

Wen trifft das Verschulden? Zu wie viel Prozent?

Wurde ein Alko-Test vorgenommen?

Ja Nein

Ergebnis: _____

Wurde der Führerschein abgenommen?

Ja Nein

Behörde: _____

Erfolgte Ihre Fahrt mit Wissen und Willen des Fahrzeughalters?

Ja Nein

Ist der Lenker Arbeitnehmer in Ihrem Betrieb?

Ja Nein

Zur Zeit des Unfalls befanden sich im versicherten Fahrzeug (einschließlich Lenker) _____ Personen.

In welchem Verhältnis steht der Geschädigte zum VN? Gesellschafter der Firma / Miteigentümer d. Kfz / Arbeitnehmer / fremd _____

Ist er ein Familienangehöriger? (Verwandtschaftsgrad) _____

Haben Sie ihm Unterhalt zu gewähren? Ja Nein

Unfallzeugen (Name, Adresse, Tel.-Nr.) a) Insassen Ihres Fahrzeuges b) Insassen im gegnerischen Fahrzeug
c) sonstige Zeugen

Sind von dem Geschädigten Schadenersatzforderungen gestellt worden? _____ in welcher Höhe: _____

Beabsichtigen Sie selbst an den Gegner Schadenersatzansprüche zu stellen? _____

Sind Sie mit einer vergleichweisen Regelung der Ansprüche des Gegners, falls wir eine solche für angezeigt halten, einverstanden? _____

Versichertes Fahrzeug eigenes Fahrzeug	Art, Marke, Type		Leasingfahrzeug ja nein		Kennzeichen	Baujahr	
	Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?				Geschätzte Schadenhöhe:		
	Welche Fahrzeugteile sind beschädigt?			Mehrwertsteuer: Vorsteuerabzugsberechtigt ja nein teilweise zu %			
	Haftpflichtversicherer	Pol. Nr.	Kaskoversicherer	Pol. Nr.	Rechtsschutzversicherer	Pol.Nr.	
	Fahrzeuglenker (Name, Adresse, Beruf, Alter):				Tel.-Nr.:		
	Führerscheindaten (Ausstellungsbehörde):		Nummer:		Gruppen:		
		Führerschein seit:		Führerschein eingesehen: ja nein			
Sachschäden am gegnerischen Fahrzeug	Eigentümer (Name, Adresse, Beruf, Hausname):			Mehrwertsteuer: Vorsteuerabzugsberechtigt ja nein teilweise zu %			
	Tel.-Nr.:			Leasingfahrzeug ja nein			
	Fahrzeuglenker (Name, Adresse, Beruf, Alter):			Tel.-Nr.:			
	Art, Marke, Type		Kennzeichen:	Baujahr (Erstzulassung): km-Stand:			
	Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?				Geschätzte Schadenhöhe:		
	Welche Fahrzeugteile sind beschädigt?				Unreparierte Vorschäden:		
	Haftpflichtvers.	Pol.Nr.	Kaskovers.	Pol.Nr.	Rechtsschutzvers.	Pol.Nr.	
	mit ohne Leihwagenanspruch						
Welche Gegenstände sind sonst beschädigt? (Alter derselben)				Geschätzte Schadenhöhe:			
Name, Adresse, Beruf, Alter, Stand:						Tel.-Nr.:	
Personenschäden	Insassen im Kfz des VN			Insassen im gegnerischen Kfz			
	Art der Verletzung:		Sozialversichert bei:	Name, Adresse des behandelnden Arztes/ Krankenhauses			
	Verhältnis des Verletzten zum VN, Lenker (Dienstverhältnis, Mitbesitzer des Fahrzeuges verwandt, fremd)			Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?			
	Waren der/die Verletzte(n) angegurtet? ja nein		Lenker: ja nein	Personen auf den Rücksitz			
			Beifahrer: ja nein	ja nein Kopfstützen vorhanden			

Im Falle eines Schadens der durch Diebstahl, Raub, unbefugten Gebrauch durch betriebsfremde Personen, Brand, Explosion, Wild, Kollision mit einem unbekanntem Kraftfahrzeug (Parkschaden) oder mut- und böswillige Handlungen betriebsfremder Personen (Vandalismusschaden) entsteht, ist dieser vom Versicherungsnehmer oder Lenker bei der nächsten Polizei- oder Gendarmeriedienststelle unverzüglich anzuzeigen.

Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet und ich werde alle mir in dieser Angelegenheit zukommenden Schriftstücke wie Ladungen, Klagen, Briefe der Gegner usw. sofort der Versicherungsanstalt übersenden.

Ich (wir) ermächtige(n) Herrn/Frau der Kärntner Landesversicherung, bei Behörden, Ärzten und Krankenhausanstalten Auskunft einzuholen bzw. in deren Akten Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

..... Datum aufgenommen von Unterschrift des Lenkers Unterschrift des Versicherungsnehmers

Kärntner Landesversicherung auf Gegenseitigkeit

A 9020 Klagenfurt am Wörthersee · Domgasse 21 · Telefon 0463/5818-0 · Fax: 0463/5818-600 · E-Mail: anfragen@klv.at · DVR 0027511 · FN 97361 d
LG Klagenfurt UID: ATU 25275706 · Bankverbindung: BKS · Konto-Nr. 100-112876 · BLZ 17000 · IBAN: AT73 1700 0001 0011 2876 · BIC: BFKKAT2K

Unsere Datenschutzinformation finden Sie unter www.klv.at/datenschutz.