



Polizzenummer

Raiffeisenbank (BLZ/Bst.Nr.)
/
Berater:
Referentennr.:

Schadenmeldung für KFZ (inklusive Rechtsschutz)

- Kfz-Haftpflichtversicherung, Kfz-Kaskoversicherung, Kfz-Unfallversicherung
 Kfz-Fahrzeug-, Kfz-Lenker-, Führerschein- oder Vertrags-Rechtsschutz

Versicherungsnehmer

Vorname, Familienname, Titel		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
Telefon (inkl. Vorwahl) von 08:00-16:00 Uhr		E-Mail-Adresse	

Angaben zum Schadenfall

Vorfall vom (Datum)	Uhrzeit	Ort	Behördliche Aufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – durch: _
Schadenhergang/Schaden/Schadenhöhe (geben Sie bitte auch an, wen ein Verschulden trifft)			
Beanspruchung Freischaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Eigenes Fahrzeug

Behördliches Kennzeichen	Fahrzeugart (Pkw, Kombi, etc.)	Fahrzeugmarke	Fahrzeugtype	Baujahr
Kfz-Haftpflichtversicherung bei		Kfz-Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei:		

Fahrzeuglenker

Vorname, Familienname, Titel		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
Telefon (inkl. Vorwahl) von 08:00-16:00 Uhr	Führerscheinnummer/Ausstellungsdatum		Fahrzeuggruppen/Ausstellungsbehörde
Einschränkungen			
Fahrt mit Wissen und Willen des Halters <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Ist der Lenker rechtsschutzversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei:	
Hat der Fahrzeuglenker in den letzten 8 Stunden vor Eintritt des Schadenfalles Alkohol/Suchtgift zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Unfallbedingte Führerscheinabnahme?	Waren andere Kfz am Unfall beteiligt?

Fremdes Fahrzeug

Behördliches Kennzeichen	Fahrzeugart (Pkw, Kombi, etc.)	Fahrzeugmarke	Fahrzeugtype	Baujahr
Schaden/Schadenhöhe (geben Sie bitte auch an, wen ein Verschulden trifft)				
Kfz-Haftpflichtversicherung bei/Polizzenummer		Kfz-Kaskoversicherung/Polizzenummer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei:		


Fahrzeuglenker

Vorname, Familienname, Titel		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
Telefon (inkl. Vorwahl) von 08:00-16:00 Uhr	Führerscheinnummer/Ausstellungsdatum	Fahrzeuggruppen/Ausstellungsbehörde	
Eigentümer des Fahrzeuges (Fahrzeuglenker ist mit Eigentümer ident): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn nein bitte ausfüllen:			
Vorname, Familienname, Titel, Beruf		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
Personenschaden/Name der verletzten Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Unfallzeugen, Name und Anschrift			
Anmerkungen			

Rechtsschutz

Wurde ein Strafverfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – gegen:		
Von welcher Behörde/Geschäftszahl	Wann wurde Einspruch erhoben?	Durch wen wurde Einspruch erhoben?
Welche (Ersatz-)Ansprüche werden gestellt?		
Wo kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden? Welche Anstalt (Sachverständige) hat es bereits besichtigt?		

Ich/wir ermächtigen UNIQA Österreich Versicherungen AG, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist.

 Ort, Datum

Unterschrift Lenker/Lenkerin

Unterschrift des Versicherungsnehmers