

NOROPA – Versicherungsberatungs - GmbH

Venterstrasse 15, A-6450 Sölden

Tel. 05254/3765 oder 2865, Fax 05254/286520

e-mail: office@noropa.at

KRAFTFAHRZEUG/RECHTSSCHUTZ - Schadenmeldung

<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Kasko	<input type="checkbox"/> Insassen	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz
---	---------------------------------------	--	--

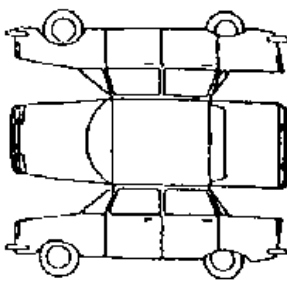
an die Versicherung	Polizzenummer :
----------------------------	------------------------

<i>Versicherungsnehmer:</i>	Beruf/Firmenart:
	Geburtsdatum:
	Telefonnummer:

Schadentag:	Schadenort:
Uhrzeit:	Beh. Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von:
Anzahl der Insassen:	Intervention: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von

Kennzeichen				
Fahrzeugmarke und Type				
Fahrgestellnummer				
Haftpflichtvariante	<input type="checkbox"/> A (mit Ersatzwagenverzicht) <input type="checkbox"/> B (ohne Ersatzwagenverzicht)			
Baujahr:	Plätze:	KW:	Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name und Anschrift des Lenkers:	Geburtsdatum:		
	Telefonnummer:		
FS - Nr.:	Gruppen:	Ausstellungsdatum:	
Ausstellende Behörde:		Taxilenkerausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Führerschein aufgrund des Unfalles abgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stand der Lenker unter Einfluß von Alkohol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Verschulden:	<input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> fremd
Geschätzte Höhe des Schadens:	
Eigener Fahrzeugschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Umfang:	
Personenschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Umfang:	
Sonstiger Sachschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Umfang:	
Besichtigung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ort:	
ab:	

Anwalt (Rechtsschutz):

Schadenshergang lt. Angaben des Lenkers:

Geschwindigkeit der Fahrzeuge vor dem Unfall:	eigenes	km/h	fremdes	km/h
Zeugen:				

Daten des gegnerischen Fahrzeuges

Name und Anschrift des Eigentümers:	Geb. Datum: Telefon: Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift des Lenkers:	Geb. Datum: Telefon:

Fahrzeugmarke und Type	Baujahr:
Amtliches Kennzeichen	
Versicherung	
Polizzenummer	Kollisionskasko: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Geschätzte Höhe des Schadens: Umfang des Schadens: Besichtigung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ort:	
ab:	

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen: <input type="checkbox"/> über Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> über Maklerbüro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Barscheck <input type="checkbox"/> Überweisung Bankleitzahl : Bank : Konto :
--	---

....., am
 Ort Datum
 Unterschrift des Versicherungsnehmers/Lenkers