

SCHADENMELDUNG FÜR UNFÄLLE IM AUSLAND,
UND FÜR UNFÄLLE MIT AUSLÄNDERN:

SCHADENERLEDIGUNG:

WIENER STÄDTISCHE ML2A/B
 OBERE DONAUSTR. 49-51
 1020 WIEN
 Tel: +43/1/53139/1557
 Fax: +43/1/53139/3197

RECHTSBEISTAND:

EURAB-SCHADENREGULIERUNGSBÜRO
 KARL-MARIA-VON-WEBER-G.9
 8010 GRAZ
 Tel: +43/316/760 222 -10
 Fax: +43/316/760 222 -13

VERMITTLER:

ÖBV

zu Pol.Nr.:

Ihr Betreuer:

Betroffene Sparten: Kfz-Haftpflicht Kfz-Kollisionskasko Kfz-Elementarkasko

Kfz-Rechtsbeistand wurde eingeschalten ? ja nein

Fremdrechtschutz : Anstalt: **Pol.Nr.:**

Versicherungsnehmer		Unfallgegner	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Beruf:		Beruf:	
Tel. privat:	Tel. Firma:	Tel. privat:	Tel. Firma:
Lenker:		Lenker:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Alkoholeinfluss: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Alkoholeinfluss: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Führerschein Nr.:	Gruppen:	Behörde:	Ausstellungsdatum:
Fahrzeugart:		Fahrzeugart:	
Marke:		Marke:	
Kennzeichen:		Kennzeichen:	
Fahrgest.Nr.:		Fahrgest.Nr.:	
Datum der Erstzulassung:		Haftpflichtversicherer:	
Vorschadenfrei ? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Pol.Nr.:	
Leasingfahrzeug ? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Leasingfahrzeug ? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Unfalldatum:	Uhrzeit:	Kaskoversicherung ? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
<u>Unfallort:</u>		Behördl. Aufnahme: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
<u>Land:</u>		durch:	
Zeugen:			

