



Donau Allgemeine
Versicherungs-AG
Sitz: SCHOTTENRING 15
1010 WIEN
Tel.: +43 (0)50 330 70000
Fax: +43 (0)50 330 9972637

RECHTSSCHUTZ- SCHADENMELDUNG

Polizzen-Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Adresse des VN:	
Telefon:	Fax:
Kto.-Nr.:	BLZ:
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

1. KFZ-RECHTSSCHUTZ

Unfalldatum: _____

Ort des Unfalles: _____

Ihr Fahrzeug: Art: _____ Type: _____ Baujahr: _____
Kennzeichen: _____ Datum der Erstzulassung: _____
Haftpflichtversichert bei: _____ Pol.-Nr. _____
Kaskoversichert bei: _____ Pol.-Nr. _____
Höhe des Selbstbehaltes der Kaskoversicherung: _____ EUR _____

Lenkerrechtsschutz:

Eigentümer des Fahrzeuges: _____

Halter des Fahrzeuges: _____

Fahrzeuglenker: _____ Kennzeichen: _____

Ist dieser Lenker rechtsschutzversichert?

Anstalt: _____ Pol.-Nr. _____

Führerscheingruppe: _____ ausstellende Behörde: _____

Unfallgegner: Fahrzeugart: _____ Kennzeichen: _____

Halter des Fahrzeuges: _____

Anschrift: _____

Lenker des Fahrzeuges: _____

Anschrift: _____

Haftpflichtversicherung des Fahrzeuges: _____ Pol.-Nr. _____

Augenzeugen des Unfalles

1. Name: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

2. Name: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

An welche Polizei- oder Gendarmeriestelle haben Sie Meldung erstattet?

Wurde jemand verletzt? JA ► (bitte Pkt. 2 ausfüllen)
 NEIN

Name des Verletzten: _____ Adresse: _____

Welche Ersatzansprüche haben Sie?

– Fahrzeugschaden	EUR _____	Personenschaden	EUR _____
– Verdienstentgang	EUR _____	Sonstiges	EUR _____
– Leihwagenkosten	EUR _____		EUR _____

Erhebt die Gegenseite Ansprüche? JA Höhe EUR _____
 NEIN

2. KFZ-SCHADENERSATZ- UND STRAFRECHTSSCHUTZ

Wann sollen Sie diese Handlungen gesetzt haben: _____

Wurde ein Verfahren eingeleitet JA gegen wen _____
Name _____ Anschrift: _____
 NEIN

Behördliche Aufnahme: _____
in: _____

Strafverfügung zugestellt am: _____ wegen (§) _____

Höhe der Strafe EUR _____

Einspruch erhoben JA durch wen? _____
 NEIN

3. FIRMEN-, VERTRAGS-, PRIVAT-, FAMILIENRECHTSSCHUTZ usw.

Wir ersuchen Sie um ausführliche Schilderung des Sachverhaltes unter Punkt 4 (umseitig) sowie Beilage aller erforderlichen Unterlagen in Kopie.

Anzahl der im Betrieb Beschäftigten: _____

Von wem werden die Ansprüche gestellt:

Name: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

An wen werden die Ansprüche gestellt:

Name: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

Art der Ansprüche: _____

Höhe der Ansprüche: _____

Datum der erstmaligen Anspruchstellung: _____

Worauf stützen sich die Ansprüche: (Kaufvertrag, Dienstverhältnis)

Datum des Vertragsabschlusses: _____

in Fällen des Grundstückseigentum- und Mietrechtsschutzes nähere Bezeichnung des strittigen Objektes:

Bitte Rückseite beachten!

4. ALLGEMEINE SACHVERHALTSSCHILDERUNG

Ich erkläre, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und hafte für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

VOLLMACHT

Ich, _____,

bevollmächtige die Donau Allgemeine Versicherungs-AG

in meiner Angelegenheit _____

in den gerichtlichen bzw. amtlichen Akt einzusehen und von diesem Abschriften zu nehmen. Ebenso ermächtige ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen.

Ort, Datum

Lenker

Versicherungsnehmer

Versicherer: Donau Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft

Sitz: 1010 Wien, Schottenring 15, FN 32002m · DVR 0016683

Donau Brokerline Versicherungs – Service GmbH

Sitz der Gesellschaft: Wien, FN 197733i · DVR 1060091