

## Allgemeine Daten

Polizzenummer:		Gesellschaft:	Donau Versicherung Salzburg
----------------	--	---------------	-----------------------------

### Versicherungsnehmer:

Vorname		Tel.Nr.	
Nachname		Fax.Nr.	
Strasse, HNr.		Mobil	
PLZ, Ort		E-Mail	

Mitglied beim MBR: (Name des Maschinenrings)	
Abonnent der Fachzeitschrift LANDWIRT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>VORSTEUERABZUGSBERECHTIGT</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Angaben über das Schadensereignis

Schadenstag		Schadensort	
Uhrzeit		behördliche Aufnahme	

### Daten des Fahrzeuglenkers:

Vorname		Führerscheinnr.	
Nachname		Ausstellungsbehörde	
Strasse, HNr.		Ausstellungsdatum	
PLZ, Ort		Gruppen	
Geb.Datum			

### Fahrzeugdaten der beschädigten Maschinen (Zugmaschine und angehängtes Gerät):

KFZ-Art		Kennzeichen	
Marke		Fahrgestellnr.	
Type		Baujahr	

KFZ-Art		Kennzeichen	
Marke		Fahrgestellnr.	
Type		Baujahr	

### Beschädigte Teile:


### Wie hoch schätzen Sie den Schaden:

	Eigenreparatur	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wurden Schadenfotos erstellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Wo ist eine Besichtigung möglich (bei Werkstätte: Name, Adresse, Telefon):


# Top K Schadenmeldung

## Bericht über den Unfallhergang (inkl. eventueller Skizze):


Daten des Unfallgegners (falls vorhanden)	Name und Anschrift des Lenkers
Haftpflichtversicherer:	Kaskoversicherer:
Polizzennr.:	Polizzennr.:
<b>Fahrzeugdaten:</b>	
	Kennzeichen:
	Fahrgestellnr.:
	Baujahr:
<b>Beschädigte Teile:</b>	

## Zeugen (Name/Anschrift):


<input type="checkbox"/> Eigenverschulden	<input type="checkbox"/> Fremdverschulden	<input type="checkbox"/> Teilverschulden
Besteht für Ihr Fahrzeug eine Rechtsschutzversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Versicherungsgesellschaft/Polizzennr.:		

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Versicherungsnehmer

.....  
Unterschrift Fahrzeuglenker

Das **vollständig ausgefüllte Formular** bitte umgehend an folgende Nummer faxen:  
**Fax: 03687/23753-9167, E-Mail: reinhard.fritz@makler-winter.at**  
**Winter Versicherungsmakler Ges.m.b.H, Obere Klaus 244, 8970 Schladming**