

Allgemeine Daten			
Polizzenummer:		Gesellschaft:	Donau Versicherung

Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer	
Vorname:	
Nachname:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Festnetznummer:	
Mobilnummer:	
Faxnummer:	
E-Mail Adresse:	

Mitglied beim Maschinenring: (Name des Maschinenrings)	
Abonnement „Der fortschrittliche Landwirt“	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Vorsteuerabzugsberechtigt	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Angaben über das Schadensereignis			
Schadenstag:		Schadensort:	
Uhrzeit:		Behördlich aufgenommen:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Daten der Fahrzeuglenkerin/des Fahrzeuglenkers:			
Vorname:		Führerschein Nr.:	
Nachname:		Ausstellungsbehörde:	
Geburtsdatum:		Ausstellungsdatum:	
Straße, Hausnr.:		Gruppen:	
PLZ, Ort:			

<b>Fahrzeugdaten der beschädigten Maschinen (Zugmaschine und angehängtes Gerät)</b>			
KFZ-Art:		Kennzeichen:	
Marke:		Fahrgestellnr.:	
Type:		Baujahr:	

KFZ-Art:		Kennzeichen:	
Marke:		Fahrgestellnr.:	
Type:		Baujahr:	

<b>Beschädigte Teile:</b>

<b>Wie hoch schätzen Sie den Schaden:</b>			
Euro:	Eigenreparatur:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wurden Schadenfotos erstellt:		JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

<b>Wo ist eine Besichtigung möglich: (bei einer Werkstätte bitte folgendes angeben: Name, Adresse, Telefon)</b>

<b>Bericht über den Unfallhergang (inkl. Skizze, wenn möglich):</b>	

**Bitte füllen Sie diese Fragen nur aus, wenn ein anderes Fahrzeug beteiligt war:**

Daten der Unfallgegnerin/des Unfallgegners		Name und Anschrift der Lenkerin/des Lenkers
Fahrzeugdaten:		
Kennzeichen:		Beschädigte Teile:
Marke:		
Type:		

Zeugen (Name/Anschrift):

Verschulden:		
<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/Polizzenummer:	

Ort, Datum

Unterschrift VersicherungsnehmerIn

Unterschrift FahrzeuglenkerIn

**Das vollständig ausgefüllte Formular mit *Besitznachweisen* der beschädigten Maschinen/Geräte bitte umgehend an folgende Adresse mailen:**

**[reinhard.fritz@makler-winter.at](mailto:reinhard.fritz@makler-winter.at)**