

Kraftfahrzeug-Schadenmeldung

Bitte schicken Sie Schadenmeldung an die VAV Versicherung: Fax: +43.1.716 07-400 / E-Mail: schaden@vav.at
Ihr Anliegen wird dadurch schnellst möglich erledigt. - Danke!

Haftpflicht Kasko Insassenunfall

Bitte deutlich und in **Blockschrift** schreiben! **(A)** Versicherungsnehmer(in) **(B)** Beteiligte(r)

| | | | |
|--|---------|---|-----------------|
| (A) Name, Anschrift und Beruf des Versicherungsnehmers: | | Ihre vom Schaden betroffene Polizzen Nr.: | |
| Tel.Nr.: | | | |
| Schadendatum (TT/MM/JJJJ) | Uhrzeit | Heutiges Datum (TT/MM/JJJJ) | Schadenort |
| Behördliche Unfallaufnahme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, durch Aktenzahl _____ | | | |
| Wurde ein Verwaltungsstrafverfahren bzw. ein gerichtliches Strafverfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, durch Aktenzahl _____ | | | |
| Geschah die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Ist der Schaden im Rahmen eines motorsportlichen Wettbewerbes bzw. einer Trainingsfahrt (Wertungsfahrt, Rallye) eingetreten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Zeugen des Vorfalles (Name und Anschrift): | | | |
| (A) Beschreibung des benützten Fahrzeuges Art, Marke, Type und Baujahr: | | | |
| Fahrgestellnummer: | | | Kennzeichen: |
| | | | Kilometerstand: |
| Beschädigung am eigenen Fahrzeug: | | Vorschäden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche | |
| (A) Lenkerdaten Name und Anschrift des Lenkers | | | |
| | | | Geburtsdatum: |
| Gültiger Führerschein: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | ausgestellt am: | |
| | | Nr.: | |
| | | Behörde: | |
| War der Lenker alkoholisiert? | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Unfallbedingte Führerscheinabnahme: | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| (B) Name, Anschrift des (der) Beteiligten: | | | |
| Kennzeichen: | | Marke/Type: | |
| | | Baujahr | |
| Haftpflichtversichert bei: | | | |
| Kasko: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | Leasing: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | Vorschäden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schaden am (an) beteiligten Fahrzeug(en): | | | |
| Name sowie Anschrift der verletzten Person(en) sowie mutmaßliche Art der Verletzungen: | | | |
| War der Verletzte Insasse Ihres Fahrzeuges? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, geschah die Beförderung entgeltlich in Ihrem Dienste oder aus Gefälligkeit? | | | |
| Weitere Sachschäden (außer A und B), inklusive Name und Anschrift des (der) Geschädigten: | | | |
| Fahrzeuglenker (A) Versicherungsnehmer | Fahrzeuglenker (B) Beteiligter | Unfallhergang, besondere Bemerkungen/Skizze (ev. Beiblatt verwenden) | |
| <input type="checkbox"/> hat ein geparktes Auto beschädigt | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> hat den Rechtsvorrang missachtet | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> hat eine Stopp-/Nachrangtafel nicht beachtet | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> hat den fließenden Verkehr nicht beachtet | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> fuhr auf | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> fuhr zurück | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> wechselte den Fahrstreifen | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> fuhr in die Gegenfahrbahn | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> hat als entgegenkommenden Linksabbieger den Vorrang nicht beachtet | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> hat das Rotlicht einer Verkehrslichtsignalanlage nicht beachtet | <input type="checkbox"/> | | |
| Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet? | | | |
| <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker (A) <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker (B) <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____ | | | |
| (A) Gilt nur für kaskoversicherte Fahrzeuge: Welche Werkstatt beabsichtigen Sie, mit der Reparatur Ihres Fahrzeuges zu betrauen? | | | |
| Möchten Sie eine Ablöse ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Möchten Sie den Vorteil einer spot repair-Methode nutzen? (günstige Reparatur – halber Selbstbehalt) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Wann und wo kann Ihr KFZ zur Schadenfeststellung durch unseren Experten besichtigt werden? | | | |
| Leasing <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Vorschäden <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: | | | |
| Information gemäß § 24 DSGVO 2000: Für die Beurteilung, ob und unter welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen nach Eintritt eines Versicherungsfalles, für Fragen im Zusammenhang mit der Prämieinstufung im Bonus/Malussystem der KFZ-Haftpflichtversicherung sowie für Fragen im Zusammenhang mit der KFZ-Zulassung werden Personenidentifikationsdaten und Versicherungsfalldaten vom Versicherer an andere, die Schadenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen bzw. an andere Zulassungsstellen und –behörden übermittelt. Diesem Zweck dient auch das „Zentrale Informationssystem –ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystem im Sinne von § 4 Z 13 DSGVO). | | | |
| Gemäß § 34 VersVG (Versicherungsvertragsgesetz) bestätige ich mit der Unterschrift die vollständige und wahrheitsgetreue Schadenmeldung. Ich (Wir) ermächtige(n) die VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) zu nehmen. | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift des Lenkers | Unterschrift des Versicherungsnehmers | |
| | | | |