

KFZ-SCHADENSFORMULAR

per Fax an +43 662 450586 oder an office@woglar.at

UNSER KUNDE

Name _____ Vorname _____

Unfalltag _____ Uhrzeit _____

Unfallort _____

Ihre Versicherung _____ Pol.Nr. _____

Schadenshergang: _____

Fahrzeugbeschädigung:

Ihr Fahrzeug: vorne hinten links rechts

Sonstige Schäden _____

Gegnerische Fahrzeug: vorne hinten links rechts

Sonstige Schäden _____

Unfallgegner Name _____ Vorname _____

Versicherung _____ Pol.Nr. _____

Kennzeichen _____ Tel.Nr. _____

.....
Unterschrift Versicherungsnehmer