

Ihre Daten

Name:

Adresse:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Führerschein

Ausweis Nr.:

Behörde:

Ausgestellt am:

Gültig bis:

Gruppen:

Versicherungsdaten

Vers.nehmer: w.o. / oder:

Versicherung:

Polizzen Nr.:

Schaden Nr.:

KFZ

Marke:

Type:

Kennzeichen:

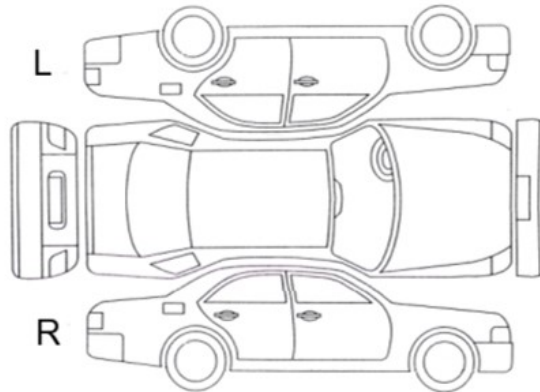
Fahrgestell Nr./FIN:

Schadensdaten

Datum: Zeit:

Ort:

Schäden:



Hergang:

Ich ermächtige hiermit KARS Graz mit der Schadensregulierung des oben beschriebenen Schadens an meinem oben bezeichneten Fahrzeug. Ich erteile meine ausdrückliche Zustimmung, dass KARS meine Daten verarbeiten sowie an Partner, welche im Zusammenhang mit der Schadensregulierung stehen, weiterleiten darf.

KARS Graz und die oben angeführte Versicherungsgesellschaft, bzw. eine von dieser beauftragte Person, sind berechtigt in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden und bei Gerichten Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort, Datum:

Unterschrift: