STEV	(40) (120) I (40)	alt
SELBSTHILFEVEREIN VON PolNr. KRAFTFAHRZEUGHALTERN A-1220 WIEN, AM KAISERMÜHLENDAMM 71	SchdNr. Jahr Tel.: ——— Angaben bitte in Blockschrif	Fax:
TELEFON 260 61 0 TELEFAX 260 61 20 office@wit-sh EIGENES FAHRZEUG	Lenker:	
	Name:	
Name/Firma:		
Anschrift:		GebDat.:
Tel.:		: Gruppen:
Haftpflichtvers.:	Eahrzaugtype:	
Polizzen-Nr.:		Erstzul.:
Polizzen-Nr.:	- 1 0.000 mm - 1 400 mm - 1 400 mm - 1	Erstzul
POIZZEIPNI	ranigesteii-M	
GEGNERISCHES FAHRZEUG	Lenker:	
Name/Anschrift:	Name/Anschrift:	<u> </u>
Tel.:		Tel.:
Haftpflichtvers.:	Fubrorechoin Nr:	Behörde:
Polizzen-Nr.: Schaden-Nr.:		
		Pol.Kennz.:
UNFALLDATEN Datum:	Uhrzeit: Unfallor	t:
Zeugen des Unfalls:		Datum:
UNFALLSCHILDERUNG	SKIZZE	
FORDERUNGEN (Bitte zutreffendes ankreuzen)	APTRET INCOCEDIA ADI INC	
Verdienstentgang Einfach Doppelt	Schadensfall zustehenden Forderungen Kenntnis, daß diese Abtretung durch der dieser Abtretung sind lediglich mir zuste Weiters beauftrage ich den SHV ausdrüc Durchsetzung dieser Ansprüche erforder Schritte durchzuführen und erkläre mich immer geartete Nachteile zur Gänze zu e unvollständigen Angaben meinerseits en Allfällig vom SHV geforderte und einbrin nicht belegbare Nebenspesen fallen zur	viderruflich, sämtliche mir aus obig angeführtem an den SHV abzutreten und nehme zur n SHV angenommen wird (ausgenommen von hende Schmerzensgeldansprüche), sklich und unwiderruflich, sämtliche zur lichen gerichtlichen und außergerichtlichen gleichzeitig bereit, dem SHV sämtliche wie ersetzen, die selbigem aus unrichtigen bzw. tstehen. glich gemachte Generalunkosten sowie sonstige Gänze dem SHV als Aufwandersatz zu und wird dem SHV die Zuständigkeit des sachlich
Unterschrift des Mitgliedes Ort	Datum Unt	erschrift des Lenkers