

An  
die Versicherungsgesellschaft/das Finanzamt

Eingangsvermerk

Zutreffendes bitte ankreuzen !

# Abgabenerklärung (Antrag) für körperbehinderte Personen

- betreffend Befreiung von der motorbezogenen Versicherungssteuer** (§ 4 Abs. 3 Z 9 Versicherungssteuergesetz 1953)  
Dient zur Vorlage beim Versicherer
- betreffend Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer** (§ 2 Abs. 1 Z 12 Kraftfahrzeugsteuergesetz 1992)  
Dient zur Vorlage beim zuständigen Finanzamt

**Hinweis: Die Steuerbefreiung steht nur zu, wenn das Kraftfahrzeug auf den Antragsteller zugelassen ist.**

Name und Anschrift des Antragstellers	
Marke und Type des Kraftfahrzeuges	
Art des Kraftfahrzeuges <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad <input type="checkbox"/> anderes >	Amtliches Kennzeichen

Der **Nachweis der Körperbehinderung** ist erbracht durch:

<input type="checkbox"/> einen Ausweis gem. § 29 b der Straßenverkehrsordnung 1960 <input type="checkbox"/> einen Ausweis nach der Gehbehindertenausweisverordnung (BGBl. II Nr. 252/2000) <input type="checkbox"/> die Eintragung einer dauernden starken Gehbehinderung, der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauernder Gesundheitsschädigung oder Blindheit im Behindertenpaß (§ 42 Abs. 1 des Bundesbehindertengesetzes 1990)		
Ausstellende Behörde	Geschäftszahl oder lfd. Nummer	Ausstellungsdatum

**Ich erkläre hiermit, dass das bezeichnete Kraftfahrzeug auf mich zugelassen ist, vorwiegend zu meiner persönlichen Fortbewegung und für Fahrten, die meinen Zwecken und meiner Haushaltsführung dienen, verwendet wird und dass ich für kein anderes Fahrzeug (ausgenommen Wechselkennzeichen) die Steuerbefreiung beansprucht habe. Fallen die Voraussetzungen für die Befreiung von der motorbezogenen Versicherungssteuer/Kraftfahrzeugsteuer weg, werde ich den Versicherer/das Finanzamt unverzüglich in Kenntnis setzen.**

Datum und Unterschrift

Kristall Finanz GmbH | Am Hohen Rain 1a, Top 16 u. 18 | 6460 Imst

## Einwilligungserklärung zur EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Der Vertragspartner/Die Vertragspartnerin (VollmachtsgeberIn) stimmt zu, dass Seine/Ihre persönlichen Daten wie Name, Geburtsdatum, Adresse und Familienstand zum Zweck der Angebotseinholung bei verschiedenen in Österreich und in der EU tätigen Versicherungsunternehmen und Kreditinstitute verarbeitet und weitergegeben werden dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit durch ein E-Mail an [office@kristallfinanz.at](mailto:office@kristallfinanz.at) oder einen eingeschriebenen Brief an die Fa. Kristall Finanz GmbH, Am Hohen Rain 1a, Top 16 u. 18, 6460 Imst, widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**