



POLIZZENNUMMER:

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 Eintrag der Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel im Behindertenpass gemäß § 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

