



Von Versicherungen
unabhängiger Makler
und Berater
Langstrasse 7
A-8430 Leibnitz/Kaindorf
Telefon 03452/83551
Telefax DW - 10
E-Mail: schaden@klemencic.at

Beratung
Prämien- und
Leistungsvergleich
Abschlüsse und
Kundendienst für
alle Versicherungs-
gesellschaften.

Versicherungsgesellschaft

Feuerversicherung - Schadenmeldung

Versicherungsnehmer:

Name:
Adresse:
Tel. Nr.

Polizzenummer:		Schadennummer Makler:	
Schadennummer:		Referent Makler:	
Referent:		Uhrzeit:	
Schadentag:		Beh. Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schadensort:		Aktenzahl:	

Wie ist der Schaden entstanden:

Schadenumfang:

Reparatur erfolgt durch:	
Vorsteuerabzug:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise%

Verschulden:	
Mitverschulden:	

Mitversicherung:	
Pol. Nr.:	

Sonstige Bemerkungen:

Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen:	
--	--

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragte Person, in alle diesen Vorfälle betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------



Von Versicherungen
unabhängiger Makler
und Berater
Langstrasse 7
A-8430 Leibnitz/Kaindorf
Telefon 03452/83551
Telefax DW - 10
E-Mail: schaden@klemencic.at

Beratung
Prämien- und
Leistungsvergleich
Abschlüsse und
Kundendienst für
alle Versicherungs-
gesellschaften.

an die

Versicherungsgesellschaft: _____

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren!

In der Beilage übersenden wir Ihnen eine Schadensmeldung.
Gleichzeitig ersuchen wir Sie höflich um Rücksendung dieses

Schadenevidenzblattes (bzw. Erledigungsmitteilung)

Versicherungsnehmer:	
Polizzenummer:	
Schadensdatum:	
Ihre Schadensnummer:	
Ihr Schadensreferent:	
Versicherungsleistung / Entschädigungsbetrag:	€
Art der Erledigung:	
Erledigungsdatum:	

Bitte hier als Rückbrief falten - oder per Telefax an 034 52 / 83 551 - 10