



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

Haftpflichtversicherung - 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:	

Gegner/Geschädigt:

Name:
Adresse:
Tel. Nr.

Schadenshergang:

--

Personenschaden:

--

Beschädigte Sachen:

--

Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Trifft Sie (einen Ihrer Angestellten oder Arbeiter) ein Versehen oder Verschulden an dem Vorfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

Gibt es Schadenersatzansprüche an Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

In welcher Höhe:	€
------------------	---

Halten Sie diese Forderungen berechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

Verwandtschaftsgrad?	
Lebt er/sie mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Ihrer Gesellschafter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erläuterung:	
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Verursacher:	
--------------	--

Zeugen:	
---------	--

Mitversicherung:

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