



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: _____

KFZ - Haftpflicht (KK,Ins.Unf.,RS) - Schadenmeldung

Haftpflicht	Kasko	Insassen	Rechtsschutz
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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:	

Eigene Fahrzeugdaten laut Zulassungsschein									
Kennzeichen									
Fahrzeugmarke und Type									
Handelsbezeichnung									
Fahrgestellnummer									
Haftpflichtvariante					<input type="checkbox"/> A = mit Ersatzwagenverzicht <input type="checkbox"/> B = ohne Ersatzwagenverzicht				
Plätze		KW/PS		Nutzlast		Baujahr		Hubraum	

Lenkerdaten (eigen)			
Name und Anschrift des Lenkers:			
Geb. Datum:		Telefon:	
FS-Nr./Gruppen:		Bemerkung:	
Ausst. Behörde:		Ausst. Datum:	

Erfolgte ein Alkoholtest?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
---------------------------	---

Schadenshergang:

Eigener Fahrzeugschaden:

Geschätzte Höhe des eigenen Kfz- Schadens: €

Personenschaden:

Sonstiger Sachschaden:

Einschätzung des Verschuldens: Eigenverschulden
 Verschulden des Gegners
 Teilverschulden

Bei Rechtsschutz:

Vom VN gewünschter Rechtsanwalt:

Freie Anwaltswahl vereinbart / zutreffend? ja nein

Gegnerdaten

Name:

Adresse:

Tel. Nr.

Lenkerdaten (fremd)

Name und Anschrift:

Geb. Datum: Telefon:

Bekannte gegnerische Fahrzeugdaten

Kennzeichen:

Fahrzeugmarke und Type:

Versicherung: Polizzi:

Fremder Fahrzeugschaden:

Geschätzte Höhe des fremden Kfz- Schadens: €

Personenschaden:

Sonstiger Sachschaden:

Zeugen:

Vermerk:

Sonstige Bemerkungen:

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