



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

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

**Versicherungsgesellschaft:** \_\_\_\_\_

## KFZ - Insassenunfall - 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:	

Eigene Fahrzeugdaten laut Zulassungsschein									
Kennzeichen									
Fahrzeugmarke und Type									
Handelsbezeichnung									
Fahrgestellnummer									
Haftpfllichtvariante					<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 Alkoholttest?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
----------------------------	---

Schadenshergang:
------------------

**Verletzte Insassen:**

<b>Name</b>	<b>geb. am:</b>	<b>Anschrift:</b>	<b>Art der Verletzung:</b>

**Sonstige Bemerkungen:**

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragte Person, in alle diesen Vorfall 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](mailto: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