



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: _____

Unfallversicherung - 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:	

Unfallhergang:

Verletzungen und Behandlungsort:

Verschulden:	
Mitverschulden:	

Sind voraussichtlich Dauerfolgen zu erwarten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> dzt. noch nicht bekannt
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Sonstige Bemerkungen:	
Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen:	

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. Darüber hinaus entbinde ich sämtliche Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben, von deren ärztlichen Schweigepflicht.

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

VOLLMACHT

Ich, _____ geb. am: _____

bevollmächtige hiermit die

_____ - Versicherung

in meiner Angelegenheit:

.....

Schaden Nr.:

.....

in den gerichtlichen/amtlichen Akt Einsicht und von diesem eine Abschrift zu nehmen.

Ebenso ermächtige ich die Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen.

Datum: ----- Unterschrift: -----