



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: _____

Betriebsunterbrechung - Schadenmeldung

Versicherungsnehmer:	
Name:	
Adresse:	
Tel. Nr.	

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

Hergang
(Krankheit oder Unfall):
Verletzungen und Behandlung:

Schadensumfang
voraussichtliche Dauer der Betriebsunterbrechung?:

Verschulden:	
Mitverschulden:	

Mitversicherung:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Pol. Nr.:

Überweisung an: :	
Kontonummer	
BLZ:	
Bank:	

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:
------------	--