



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: _____

Maschinen - BU-Versicherung - Schadenmeldung

Versicherungsnehmer:	
Name:	
Adresse:	
Tel. Nr.	

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

Welches Gerät wurde beschädigt?
(Art, Marke, Type, Baujahr)?

Schadenshergang
Wie ist der Schaden entstanden?

Schadensumfang

Besteht ein Wartungs- oder Reparaturvertrag?

Ja Nein

Besteht noch eine Haftung oder Garantie durch den Verkäufer?

Ja Nein

Reparatur erfolgt durch:

Vorsteuerabzug:

ja nein teilweise%

Verschulden:

Mitverschulden:

Mitversicherung:

nein 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