



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.	

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

Unfallhergang

Unfallhergang

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

Überweisung an: :	
Kontonummer	
BLZ:	
Bank:	

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfälle 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: