



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

## **Berufsunfähigkeitsversicherung - Schadenmeldung**

<b>Versicherungsnehmer:</b>	
Name:	
Adresse:	
Tel. Nr.	

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

<b>Hergang</b>
(Wie ist die Berufsunfähigkeit entstanden – Unfall, Krankheit, etc.)

<b>Verletzungen u. Behandlungsort</b>

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: