

Schaden-Nr.
/ -

Vertretung
.....
.....
.....

Einlaufstelle
.....
.....
.....

4020 Linz, Gruberstraße 32, Tel. 057891-0, Fax 057891-91-7799
E-Mail: schadenservice@ooev.at
Gesellschaftsform: Aktiengesellschaft. Firmensitz: Linz.
Firmenbuch: FN 36941a, LG Linz. DVR: 0029629.
Zuständige Aufsichtsbehörde: FMA-Finanzmarktaufsicht,
1020 Wien, Praterstraße 23, Tel. 01/24959-0.

Betriebshaftpflicht-Schadenanzeige

VERSICHERTER	Firma, Zuname, Vorname, Titel	Telefon, Mobiltelefon	E-Mail-Adresse
	Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	Bank
	Kontaktperson (Zuname, Vorname, Titel, Funktion)	Telefon, Mobiltelefon	BLZ Kto.-Nr.
DATUM	Schadeneintritt am um Uhr	Schadenort	Generalunternehmer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Von wem wurden Sie beauftragt?	Was war Ihr Auftrag?	Behördliche Aufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Polizei-Dienst/Behörde
ANMERKUNGEN	Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform (bei ausführlicheren Angaben auf der Rückseite fortsetzen bzw. ein Beiblatt anfügen)		
		
		
ANMERKUNGEN		Wen trifft das Verschulden?

ANSPRUCHSTELLER		
Firma, Zuname, Vorname, Titel	Telefon, Mobiltelefon	E-Mail-Adresse
Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	Bank
Kontaktperson (Zuname, Vorname, Titel, Funktion)	Telefon, Mobiltelefon	BLZ Kto.-Nr.
Verhältnis zum VN <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> fremd <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerin <input type="checkbox"/> Subunternehmer	Vorsteuerabzugsberechtigung	
<input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> beteiligt am Unternehmen des VN als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

BESCHÄDIGTE SACHEN		
.....		
.....		
.....		
.....		

Schadenhöhe	Kostenvoranschlag folgt <input type="checkbox"/>	Rechnung folgt <input type="checkbox"/>
Alter der beschädigten Sache	Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet, entliehen oder sonst in Verwahrung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

BESCHÄDIGTES FAHRZEUG			
Art, Marke, Type	Kennzeichen	Baujahr	Leasinggeber
Beschädigte Fahrzeugteile			Schadenhöhe
Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen?			Vorsteuerabzugsberechtigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen!

PERSONENSCHÄDEN

Zuname, Vorname, Titel

Telefon, Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Straße/Ort, Haus-Nr.

PLZ, Postort

Geburtsdatum

Familienstand

Art der Verletzung

Unfall während der Arbeit

Beruf

 nein ja**AUSFÜHRLICHERE INFORMATIONEN, SKIZZEN, BESONDERE HINWEISE****BITTE BEACHTEN**

Benötigte Unterlagen

- Bei Grabungsarbeiten bitte Grabungsmeldung der Schadenmeldung beilegen
- Beim Risiko erweiterte Produkthaftpflicht bitte Lieferscheine der Schadenmeldung beilegen

ZAHLUNG Zahlung an

- VN
 Anspruchsteller
 Reparaturfirma

.....
aufgenommen am.....
aufgenommen von

Ich (Wir) bin (sind) ausdrücklich damit einverstanden, dass die Oberösterreichische Versicherung AG alle zur Beurteilung und Erfüllung der Ansprüche aus dem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger, Versicherungsunternehmen, sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Behörden, Gerichten) einholt. Gleichzeitig entbinde(n) ich (wir) die Befragten im Voraus von der ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht und ermächtige(n)

Herrn (Frau)

in sämtliche Akten, insbesondere in Straf- und Verwaltungsverfahren bei Gerichten und Behörden, Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

.....
Datum.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers