

Schaden-Nr.

Vertretung

Einlaufstelle

4020 Linz, Gruberstraße 32, Tel. 057891-0, Fax 057891-91-7799  
email: schadenservice@ooev.at  
Gesellschaftsform: Aktiengesellschaft. Firmensitz: Linz.  
Firmenbuch: FN 36941a, LG Linz. DVR: 0029629.  
Zuständige Aufsichtsbehörde: FMA-Finanzmarktaufsicht,  
1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, Tel. 01.24959-0.

Polizzen-Nr.  
/ -

**HK-Schadenanzeige**

Kfz-Haftpflicht

Kfz-Kasko

Allgemeine-/Privathaftpflicht

Rechtsschutz

<b>VERSICHERTER</b>	Zuname, Vorname, Titel	Telefon u. email	IBAN
	Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	BIC

<b>ALLGEMEINE UNFALLDATEN</b>	Unfall-/Schadeneintritt	Unfall-/Schadenort	Aufnahme durch Polizei
	am ..... um ..... Uhr		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform (bei ausführlicheren Angaben auf der Rückseite fortsetzen bzw. ein Beiblatt anfügen)	Unfallzeugen (Name, Adresse, Telefon)	<b>BESTÄTIGUNG DER SICHERHEITSBEHÖRDE</b> Es wird bestätigt, dass am ..... unter Zahl-Nr. .... vorstehende <input type="checkbox"/> Wild- <input type="checkbox"/> Park- <input type="checkbox"/> Brandschaden- <input type="checkbox"/> Diebstahls-Anzeige erstattet wurde.  Stempel und Unterschrift der Sicherheitsbehörde
	Wen trifft Verschulden?	wieviel %?   Alkoholisierung	

<b>VERSICHERTES (EIGENES) FAHRZEUG</b>	Art, Marke, Type	Kennzeichen	Bauj.	Leasinggeber	Haftpflichtversicherer	Pol.-Nr.
--	------------------	-------------	-------	--------------	------------------------	----------

Beschädigte Fahrzeugteile	Schadenhöhe	Kaskoversicherer	Pol.-Nr.
---------------------------	-------------	------------------	----------

Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen?	Wann ist es zu besichtigen?	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rechtsschutzversicherer	Pol.-Nr.
-------------------------------------	-----------------------------	---	-------------------------	----------

Lenker des versicherten (eigenen) Fahrzeuges: Name, Vorname	Anschrift
---	-----------

Beruf	Alter	Führerschein-Nr.	Gruppe(n)	ausgestellt am	ausgestellt von	eingesehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------	-------	------------------	-----------	----------------	-----------------	--

<b>BESCHÄDIGTES GEGNERISCHES FAHRZEUG</b>	Art, Marke, Typ	Kennzeichen	Bauj.	Leasinggeber	Haftpflichtvers. <input type="checkbox"/> Var.A <input type="checkbox"/> Var.B	Pol.-Nr.
---	-----------------	-------------	-------	--------------	--	----------

Beschädigte Fahrzeugteile	Schadenhöhe	Kaskoversicherer	Pol.-Nr.
---------------------------	-------------	------------------	----------

Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen?	Wann ist es zu besichtigen?	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rechtsschutzversicherer	Pol.-Nr.
-------------------------------------	-----------------------------	---	-------------------------	----------

Lenker des gegnerischen Fahrzeuges: Name, Vorname	Anschrift	Beruf
---	-----------	-------

**SONSTIGE BESCHÄDIGTE SACHEN**

.....

.....

<b>EIGENTÜMER DES BESCHÄDIGTEN GEGNERISCHEN FAHRZEUGES / DER SONSTIGEN BESCHÄDIGTEN SACHEN</b>		
Name, Vorname, Titel	Beruf	Telefon u. email
Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen!

