

Schaden-Nr. / -

Vertretung

Einlaufstelle

Polizzen-Nr. / -

Betriebshaftpflicht-Schadenanzeige

VERSICHERTER Firma, Zuname, Vorname, Titel | Telefon, Mobiltelefon | email
Straße/Ort, Haus-Nr. | PLZ, Postort | IBAN
Kontaktperson (Zuname, Vorname, Titel, Funktion) | Telefon, Mobiltelefon | BIC

DATE Schadenseintritt | Schadenort | Generalunternehmer
am um Uhr | nein ja
Von wem wurden Sie beauftragt? | Was war Ihr Auftrag? | Behördliche Aufnahme
nein
ja, Polizei-Dienstst./Behörde

ANLAß Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform (bei ausführlicheren Angaben auf der Rückseite fortsetzen bzw. ein Beiblatt anfügen)
Wen trifft das Verschulden?

ANSPRUCHSTELLER Firma, Zuname, Vorname, Titel | Telefon, Mobiltelefon | email
Straße/Ort, Haus-Nr. | PLZ, Postort | IBAN
Kontaktperson (Zuname, Vorname, Titel, Funktion) | Telefon, Mobiltelefon | BIC
Verhältnis zum VN
Auftraggeber Kunde fremd Lebensgefährtin Arbeitnehmerin Subunternehmer
verwandt beteiligt am Unternehmen des VN als | Vorsteuerabzugsberechtigung
nein ja

BESCHÄDIGTE SACHEN

Schadenhöhe | Kostenvoranschlag folgt | Rechnung folgt
Alter der beschädigten Sache | Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet, entliehen oder sonst in Verwahrung? | nein ja

BESCHÄDIGTES FAHRZEUG Art, Marke, Type | Kennzeichen | Baujahr | Leasinggeber
Beschädigte Fahrzeugteile | Schadenhöhe
Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen? | Vorsteuerabzugsberechtigung
nein ja

Bitte vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen!

PERSONENSCHÄDEN

Zuname, Vorname, Titel

Telefon, Mobiltelefon

email

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 Produkthaftung 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