

Schaden-Nr. / -

Vertretung

Einlaufstelle

Polizzen-Nr.

Betriebshaftpflicht-Schadenanzeige

VERS. NEHMER: Firma, Zuname, Vorname, Titel; Telefon, Mobiltelefon; email; Straße/Ort, Haus-Nr.; PLZ, Postort; IBAN; Kontaktperson (Zuname, Vorname, Titel, Funktion); Telefon, Mobiltelefon; BIC

DATE: Schadeneintritt; Schadenort; Generalunternehmer; am ... um ... Uhr; Von wem wurden Sie beauftragt?; Was war Ihr Auftrag?; Behördliche Aufnahme

ANMERKUNGEN: Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform; 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; Vorsteuerabzugsberechtigung

BESCHÄDIGTE SACHEN

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

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

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 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