

Schaden-Nr.
..... / -

ober^österreichische
versicher.at

schadenservice@oöev.at

Schadensservicetelefon : 05 789171 - 397, - 398, - 399
Schadenanzeige - Haftpflicht (Schäden an Dritten)

Postadresse : OÖ Versicherung AG
Gruberstraße 32, 4020 Linz



Polizzen-Nr. **9310568/0016**

Bezirk/Bereich: _____ Ansprechperson: _____
Adresse: _____ Telefon: _____
Mail: _____

Unfall-/Schadeneintritt: _____ Unfall-/Schadenort: _____ **Polizeiaufn. :** ja nein
am _____ Wachzimmer : _____
um _____ Uhr _____

Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform (evt. Beiblatt) :

Verschulden durch MitarbeiterIn : ja nein % : _____

Geschädigte(r) : Name : _____ Anschrift : _____

Ansprechpartner : Name : _____ Telefonnummer : _____

Beschädigte Sache bzw. verletzte Person : _____ Vorsteuerabzugsberechtigung : ja nein % : _____

MitarbeiterIn : Name : _____ Anschrift : _____ Telefonnummer : _____

Der/die MitarbeiterIn steht in keinem Verwandtschaftsverhältnis mit der geschädigten Person.

Bankverbindung : Bitte um Rückerstattung (Rechnung in Beilage)
Name der Person/Institut die Schadenzahlung erhalten soll : _____ IBAN: _____

_____, am _____ Unterschrift _____

Weitere Vorgangsweise : Bitte Kontakt aufnehmen mit Geschädigtem Kostenvoranschlag/Rechnung folgt Rechnung liegt bei