

Schaden-Nr.

Vertretung

Einlaufstelle

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

Polizzen-Nr.
/ -

HK-Schadenanzeige

Kfz-Haftpflicht

Kfz-Kasko

Allgemeine-/Privathaftpflicht

Rechtsschutz

VERSICHERTER	Zuname, Vorname, Titel	Telefon	Bank
	Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	BLZ Kto.-Nr.

ALLGEMEINE UNFALLDATEN	Unfall-/Schadeneintritt am _____ um _____ Uhr	Unfall-/Schadenort	Aufnahme durch Gendarmerie/Polizei <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)	BESTÄTIGUNG DER SICHERHEITSBEHÖRDE 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

BESCHÄDIGTES GEGNERISCHES FAHRZEUG	Art, Marke, Type	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

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

Bitte vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen!

PERSONENSCHÄDEN

Name, Vorname, Titel		Anschrift		Telefon	
Alter	Beruf	Familienstand	Sozialversichert bei	Vor dem Unfall gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vor dem Unfall behindert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verhältnis zum VN bzw. zum Lenker				Beim Unfall Insasse im	Angegurtet beim Unfall?
<input type="checkbox"/> Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> Fahrzeug-Mitbesitzer <input type="checkbox"/> fremd <input type="checkbox"/> verwandt und zwar				<input type="checkbox"/> Kfz des VN <input type="checkbox"/> Kfz d. Gegners	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Verletzung			Name u. Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses		
Krankenhausaufenthalt		Krankenstand		Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?	
vom	bis	vom	bis		

Allgemeine Haftpflicht / Privathaftpflicht

Verhältnis des VN zum Geschädigten

Dienstverh. fremd Hausgemeinschaft verwandt u. zwar

Waren die beschädigten Sachen zur Bearbeitung übernommen oder in Gewahrsam des VN und seiner Leute? nein ja

Rechtsschutzversicherer des VN: Pol-Nr. _____

Mitversicherung: Pol-Nr. _____
 nein ja, bei

Hundehaftpflicht

Rasse: _____ Alter: _____ Im Besitz des VN seit: _____ Hat VN eine Jagdkarte? ja nein

Ist der Hund sonst gutmütig? ja nein

Wurde er berührt oder gereizt? ja nein

Wie war der Hund verwahrt?
 Leine Kette Maulkorb

Bestehen besondere Verwahrungsvorschriften? nein ja

Bisherige Hundeschäden (wann, wie): _____ Ausgang früherer Gerichts-/Verw.-Verfahren: _____

Rechtsschutz

Anspruchsteller <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> mitvers. Pers. <input type="checkbox"/> VN Lenker <input type="checkbox"/> VN Insasse	Name, Vorname, Titel	Beruf	Telefon
Straße/Ort, Haus-Nr.		PLZ, Postort	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden bereits Forderungen gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an		Ist eine Abtretung der Reparaturkosten erfolgt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an	
Wurden bereits Strafverfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behörde/Gericht		Rechtsanwaltswunsch	Selbstbehalts-Regelung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

AUSFÜHRLICHERE INFORMATIONEN, SKIZZEN, BESONDERE HINWEISE

Bankverbindung des Geschädigten	
BLZ	Kto.-Nr.

aufgenommen am _____ aufgenommen von _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Verkehrsunfall vom _____
Schaden-Nr.: _____

Ich (Wir) bin (sind) ausdrücklich damit einverstanden, dass der Versicherer 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) der Oberösterreichischen Versicherung AG, in sämtliche Akten, insbesondere in Straf- und Verwaltungsverfahren bei Gerichten und Behörden, Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

_____, am _____ Unterschrift des Fahrzeuglenkers: _____