

Schaden-Nr.  
..... / ..... - .....

**Oberösterreichische**  
Versicherung AG

Faxnummer :  
**05 789191 7799**

Schadensservicetelefon : 05 789171 - 397, - 398, - 399

## Schadenanzeige - Haftpflicht (Schäden an Dritten)



Polizzenummer : **657718/011**

Bezirk/Bereich: \_\_\_\_\_ Ansprechperson: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_ Unterschrift d. MitarbeiterIn : \_\_\_\_\_

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