

Schaden-Nr.
..... / -

Keine Sorgen

Oberösterreichische
Versicherung AG

Faxnummer :
0732/71 16 21-20

Schadensservicetel. : 05 789171 - 397, - 398, - 399

Tel. Besichtigungsanforderung : 05 789171 -242

Schadenanzeige - PRIVAT-PKW

Kasko Insassen Rechtsschutz

Deckung nur sofern keine Kollisionskaskoversicherung für das FZ besteht. Selbstbehalt ist mit der Werkstatt abzurechnen.

 Persönliche Assistenz GmbH	Polizzenummer : 657718/029 Edlbacherstraße 13/3, 4020 Linz, Tel. 0732/71 16 21 – 14 Ansprechpartnerin: Mag. Silvia Földes
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bezirk/Bereich:	Ansprechperson:
Adresse:	Telefon:

Unfall-/Schadeneintritt:	Unfall-/Schadenort:	Polizeiaufn. : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
am _____	_____	(Bei Personen-, Einbruch-, Wild-, Parkscha-
um _____ Uhr	_____	den erforderlich)

Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform (evt. Beiblatt) :	Unfallzeugen (Name, Adresse, Telefon) :
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mitarbeiterverschulden : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> %: _____	Alkoholisiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Versichertes (eigenes) Fahrzeug des/der MitarbeiterIn bzw. des/der Auftraggebers/in:					
Art, Marke, Type	Kennzeichen	Bauj.	Leasinggeber	Haftpflichtversicherer	Pol-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Beschädigte Fahrzeugteile	Schadenhöhe	Kaskov. : <input type="checkbox"/> Vollk. <input type="checkbox"/> Teilk.	Pol-Nr.		
_____	_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> Werkstatt koordiniert Besichtigung (Polizzenummer wurde Werkstatt mitgeteilt, Fahrzeug wird repariert)					
<input type="checkbox"/> MitarbeiterIn nimmt mit Besichtigungsstelle Kontakt auf (vermutlich Totalschaden/Fahrzeugwechsel/Abfindung)					

MitarbeiterIn (LenkerIn des Fahrzeuges)	Anschrift :	Telefonnummer :
_____	_____	_____

Name des Fahrzeughalters :	Anschrift :
_____	_____

Gegnerisches Fahrzeug:	Name, Adresse des Fahrzeughalters		
_____	_____		
Art, Marke, Type	Kennzeichen :	Haftpflichtversicherer :	Pol-Nr.
_____	_____	_____	_____

Es wird hiermit bestätigt, dass es sich bei der oben angeführten Fahrt um eine Dienstreise handelt :

_____, am _____

Unterschrift (evt. Stempel)
des/der Vorgesetzten : _____