

Schaden-Nr. / -

Vertretung

Einlaufstelle

4020 Linz, Gruberstraße 32, Tel. 057891-0, Fax 057891-91-7799
E-Mail: schadenservice@ooev.at
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. / -

Vertretung

Einlaufstelle

Unfall-Schadenanzeige

VERS. NEHMER Firma, Zuname, Vorname, Titel
Straße/Ort, Haus-Nr. PLZ, Postort
E-Mail-Adresse Telefon, Mobiltelefon

Entschädigungsempfänger
VN
verunfallte Person
Bank
BLZ Kto.-Nr.

Bei mehreren verunfallten Personen bitte für jede dieser Personen eine eigene Schadenanzeige ausfüllen!

PERSON Zuname, Vorname, Titel Geschlecht männl. weibl. Geb. Datum Beruf, derzeitige Tätigkeit
Straße/Ort, Haus-Nr. PLZ, Postort Telefon, Mobiltelefon Familienstand

VERUNFALLETE Sozialversichert bei Gesetlich unfallversichert Auch bei anderen Gesellschaften privatunfallversichert?
nein ja, bei Pol. Nr.

Führerscheindaten (falls beim Lenken eines Kfz verunfallt) Führerschein-Nr.: Gruppe(n) ausgestellt am ausgestellt von Führerschein eingesehen ja nein

VERUNFALLTE Verhältnis zum VN Dienstverhältnis EhepartnerIn Lebensgefährtn Kind Vor dem Unfall gesundheitlich beeinträchtigt nein ja Vorunfälle mit Dauerfolgen erlitten? nein ja, welche

UNFALLDATEN Unfallzeitpunkt am um Uhr Unfallort Aufnahme durch Polizei nein ja, Dienststelle

ALDAD Geschah der Unfall bei der Berufsausübung oder auf dem Weg zum bzw. auf dem Heimweg vom Arbeitsplatz: ja nein
Geschah der Unfall im Rahmen eines Wettbewerbes bzw. Trainings: ja nein

UNFALLDATEN Bei Kfz-Unfall: verunfallte Person war Insasse im Kfz des VN Insasse im gegner. Kfz angegurtet nicht angegurtet

UNFALLDATEN Wurde der Unfall fremdverschuldet? (wenn ja, bitte um Angabe der Daten des Ersatzpflichtigen) nein ja

ALLGEMEINE Schilderung des Ereignisablaufes in Kurzform (bei ausführlicheren Angaben auf der Rückseite fortsetzen bzw. ein Beiblatt anfügen)
Art der Verletzung/Diagnosen
Ärztl. Bestätigungen liegen bei ja nein
Ärztl. Bestätigungen werden nachgereicht ja nein

Name, Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?

Krankenhausaufenthalt vom bis einschl. (Bestätigung beilegen) Krankenstand vom bis einschl. (Bestätigung beilegen)

aufgenommen am aufgenommen von Ich (Wir) bin (sind) ausdrücklich damit einverstanden, dass Informationen über Korrespondenz und Abrechnungen an meinen Vermittler erfolgen dürfen. ja nein
Ich bin berechtigt, diese Zustimmung jederzeit zu widerrufen.

Unfall vom Schaden-Nr.

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/Verletzten (bzw. des gesetzl. Vertreters) für Schadenanzeige und Vollmacht
MServ (010787) 07.2010 - 3.000