

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

**Keine Sorgen**

**Oberösterreichische**  
Versicherung AG

Faxnummer :  
**05 789191 7799**

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

Tel. Besichtigungsanforderung : 05 789171 -242

## Schadenanzeige - PRIVAT-PKW

Kasko     Unfall     Rechtsschutz

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

**Evangelische Kirche OÖ**

**Polizzenummer : 210194/031**

Pfarrre: \_\_\_\_\_ Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Unfall-/Schadeneintritt: \_\_\_\_\_ Unfall-/Schadenort: \_\_\_\_\_ **Polizeiaufn. :**  ja  nein  
am \_\_\_\_\_  
um \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_  
(Bei Personen-, Einbruch-, Wild-, Parkscha- den erforderlich)

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

Verschulden :  ja  nein  % : \_\_\_\_\_ Alkoholisiert:  ja  nein

### Versichertes (eigenes) Fahrzeug des/der Ehrenamtlichen/MitarbeiterIn:

Art, Marke, Type	Kennzeichen	Bauj.	Leasinggeber	Haftpflichtversicherer	Pol-Nr.

  

Beschädigte Fahrzeugteile	Schadenhöhe	Kaskov. : <input type="checkbox"/> Vollk. <input type="checkbox"/> Teilk.	Pol-Nr.

**Werkstatt** koordiniert Besichtigung (**Polizzenummer** wurde Werkstatt mitgeteilt, Fahrzeug wird repariert)

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 Fahrt im Auftrag der Pfarre handelt :  
\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
Unterschrift  
der Pfarrleitung : \_\_\_\_\_