

Schaden-Nr.
..... / -

schadenservice@ooev.at

Oberösterreichische
Versicherung AG

Schadenbearbeitung: Schadensservice Linz

Tel. 05 789171 - 397 oder - 398 oder - 399

Schadensanzeige - Unfallversicherung für Feuerwehrmitglieder

Meldung erforderlich bei Tod, zu erwartender Dauerinvalidität, Spitalaufenthalt

Postadresse : OÖ Versicherung AG
Gruberstraße 32, 4020 Linz



Oö. Landes-
Feuerwehrverband
Petzoldstraße 43
4020 Linz
email: office@ooelfv.at

539851

/113 Aktive Mitglieder, Bedienstete des LFK

/550 Jugendliche, Reservisten; Feuerwehrkapellen

Feuerwehr/Bereich: _____ Ansprechperson: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

E-Mail : _____ Mobil : _____

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

VERUNFALLTE PERSON	Zuname, Vorname, Titel :		Geschlecht : <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum	Beruf, dzt. Tätigkeit
	Plz, Postort, Straße, Hausnummer				Telefon	Familienstand
	Sozialversichert bei	Gesetzlich unfallversichert <input type="checkbox"/> nein		weitere (private) Unfallversicherungen <input type="checkbox"/> nein		Pol.Nr.
		ja, bei		ja, bei		
	Führerscheindaten (falls beim Lenken eines KFZ verunfallt)	Führerscheinnummer	Gruppen	ausgestellt am	ausgestellt von	
	vor Unfall gesundheitlich beeinträchtigt ?			Vorunfälle mit Dauerfolgen erlitten ?		

IBAN des verunfallten Mitglieds: _____

Unfall-/Schadeneintritt	Unfallort	Polizeiaufnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
am _____ um _____ Uhr		Dienststelle :
Bei Kfz-Unfall : verunfallte Person war	<input type="checkbox"/> LenkerIn <input type="checkbox"/> Insasse <input type="checkbox"/> angegurtet <input type="checkbox"/> nicht angegurtet	Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Unfall fremdverschuldet ? <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, bitte um Angabe der Daten des Ersatzpflichtigen)		
ja, von _____		
Schilderung des Ereignisablaufes in Kurzform (evt. Beiblatt) :		
Art der Verletzungen/ Diagnosen		
Ärztliche Bestätigungen <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht <input type="checkbox"/> gibt es nicht		
Name, Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses		Krankenhausaufenthalt (vom/bis einschl.)

_____, am _____ Unterschrift _____

Weitere Vorgangsweise : Bitte mit Geschädigtem Kontakt aufnehmen Unterlagen folgen Bitte mit Ansprechperson Kontakt aufnehmen