

Schadenanzeige Kraftfahrt-Haftpflicht

Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Die zutreffende Anschrift ist angekreuzt:

24 Stunden, 7 Tage die Woche erreichbar

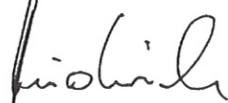
- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Postfach 73
63702 Aschaffenburg
☎ 0 60 21/300-250 | <input type="checkbox"/> Postfach 16 80
79016 Freiburg
☎ 07 61/45 85-4 44 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 32 63
68032 Mannheim
☎ 06 21/42 05-4 44 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 60 70
18010 Rostock
☎ 03 81/45 94-2 44 |
| <input type="checkbox"/> Postfach 10 50 64
44047 Dortmund
☎ 02 31/54 86-1 51 | <input type="checkbox"/> Postfach 11 02 13
20402 Hamburg
☎ 0 40/3 29 07-2 24 | <input type="checkbox"/> Postfach
81733 München
☎ 0 89/62 75-52 00 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 49 43
70043 Stuttgart
☎ 07 11/16 21-1 67 |
| <input type="checkbox"/> Postfach
40198 Düsseldorf
☎ 02 11/4 77-14 00 | <input type="checkbox"/> Postfach 62 60
30062 Hannover
☎ 05 11/12 14-1 91 | <input type="checkbox"/> Postfach 42 53
90022 Nürnberg
☎ 09 11/23 35-1 41 | |
| <input type="checkbox"/> Postfach 16 07 64
60070 Frankfurt/M.
☎ 0 69/2 42 37-3 62 | <input type="checkbox"/> Postfach 4 06
04004 Leipzig
☎ 03 41/98 55-4 44 | <input type="checkbox"/> Postfach 60 15 61
14415 Potsdam
☎ 03 31/27 92-7 77 | |

BETRIFFT

Versicherungsschein-Nr. Schadentag ☎ Durchwahl-Nr. Datum

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wir erhielten Kenntnis von Ihrem Schadenfall. Unser Bestreben ist es, den Schaden schnell zu bearbeiten und zu erledigen. Unterstützen Sie uns bitte dabei, indem Sie diese Schadenanzeige sofort sorgfältig ausfüllen und zurücksenden. Wir bitten Sie, unsere Hinweise zu beachten, etwaige Rückfragen möglichst umgehend zu beantworten und uns alle den Schaden betreffenden Schriftstücke und Unterlagen zuzusenden.
Für Ihre Unterstützung danken wir im voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Schadenabteilung



VICTORIA Versicherung Aktiengesellschaft
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Edgar Jannott
Vorstand: Horst Döring, Vorsitzender,
Peter Baedorf, Dr. Egon Brünglinghaus, Dr. Franz Wilhelm Hopp,
Stefan Krüger, Herbert Löffler, Michael Rosenberg,
Manfred Stoll, Jacob Vicario

Sitz Düsseldorf
Handelsregister:
Amtsgericht Düsseldorf
HRB 36466

1.	Beruf des Versicherungsnehmers bzw. Art seines Betriebes	Telefon (tagsüber)
2.	Angaben über Ihr Kraftfahrzeug Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen	
	Art des Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Personenwagen <input type="checkbox"/> Lieferwagen <input type="checkbox"/> Lastwagen <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped	Amtl. Kennzeichen Fabrikat kW PS Hubraum Verwendungszweck <input type="checkbox"/> Eigenverwendung <input type="checkbox"/> Droschke <input type="checkbox"/> Selbstfahrmietwagen <input type="checkbox"/> Omnibus
	Bei Güterfahrzeugen: Das Fahrzeug findet Verwendung im <input type="checkbox"/> Werkverkehr <input type="checkbox"/> Güternahverkehr (bis 50 km) <input type="checkbox"/> Güterfernverkehr (über 50 km) <input type="checkbox"/> grenzüberschreitenden Güterfernverkehr <input type="checkbox"/> Heizöl- u. Treibstofftransport	Zulässiges Gesamtgewicht
3.	Angaben zur Person des Fahrers, der das Fahrzeug zur Zeit des Unfalles lenkte	
	Name, Vorname	Geburtsdag Anschrift
	Führerschein-Klasse ausgestellt am	Ausstellende Behörde Zusätzlicher Führerschein für Omnibusse Droschken Mietwagen gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Hat der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wieviel wurde getrunken? Blutprobe Ergebnis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Wurde die Fahrt, auf der der Schaden sich ereignete, mit Wissen und Willen des Berechtigten ausgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4.	Angaben über den Unfall und die Beteiligten	
	Unfalltag	Uhrzeit (0-24) Ort (genaue Ortsbezeichnung, Straßenstelle, Kilometerstein)
	Genauere Schilderung des Unfallherganges mit Skizze (erforderlichenfalls besonderes Blatt beifügen)	

Angaben über den Unfall und die Beteiligten (Fortsetzung)		
Polizeilich festgestellt am _____, durch Polizeidienststelle _____ Tagebuch-Nr. _____ Welcher Beteiligte wurde verwarnt? Name: _____ DM _____ EUR _____		
Insassen des eigenen Fahrzeuges (Name, Anschrift) 1. _____ 2. _____		
Andere Augenzeugen des Unfalls (Name, Anschrift) 1. _____ 2. _____		
Waren am Unfall außer Ihrem Fahrzeug und dem Fahrzeug des Geschädigten noch andere Fahrzeuge oder Verkehrsteilnehmer beteiligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? (Amtl. Kennzeichen, Anschrift)		
5.	Angaben über Geschädigte und erlittenen Schäden	
	Person I	
	Person II	
	Name, Vorname des Geschädigten?	
	Beruf des Geschädigten?	
	Anschrift des Geschädigten?	
	Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ist der Fahrer mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?
	Steht der Geschädigte zu ihnen in einem Arbeitsverhältnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?
	Hat der Geschädigte den Unfall allein verschuldet? Oder trifft ihn ein mitverschulden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja inwiefern?
	Hat der Geschädigte einen Sachschaden erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Was wurde beschädigt? Bei beschädigten Kfz: amtliches Kennzeichen, Fabrik, Typ	
	Worin besteht der Schaden?	
	Geschätzte Reparaturkosten?	DM _____ EUR _____
	Wurde die beschädigte Sache mit Ihrem Kfz befördert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat der Geschädigte einen Personenschaden erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art der Verletzungen?		
Tödlicher Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde der Verletzte oder Getötete zur Zeit des Unfalls in Ihrem Kfz befördert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gegen Entgelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde ein Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ereignete sich der Unfall auf einer Dienstfahrt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Hinweise

Diesen Haftpflichtschaden bearbeiten wir, sobald uns Ihre Schadensanzeige vollständig ausgefüllt vorliegt und der Geschädigte seine Ansprüche bei uns geltend macht. Tragen Sie bitte Namen, Anschrift und Versicherungsschein-Nr. auf der Vorderseite ein bzw. prüfen und vervollständigen Sie diese Angaben.

Bevor Sie einen Mahnbescheid an uns weitersenden, erheben Sie bitte fristgerecht Widerspruch:
„Gegen den Mahnbescheid vom ..., Aktenzeichen des Gerichts ..., erhebe ich hiermit Widerspruch.“

Es kann für Sie vorteilhaft sein, kleine Sachschäden selbst zu regeln, denn jeder Schaden, den Sie uns melden und für den wir Aufwendungen erbringen oder eine Rückstellung bilden müssen, führt in der Kraftfahrtversicherung zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung. In der Kraftfahrt-Haftpflichtversicherung kommt eine Einstufung in eine ungünstigere Schadenfreiheitsklasse und eine Einstufung in eine Schadenklasse in Betracht. Nicht angezeigte Schäden bis DM 500,-, die Sie selbst zahlen, um diese Nachteile zu vermeiden, können Sie unter den Voraussetzungen, die in der Anlage zu Ihrem Versicherungsschein angegeben sind, nachmelden.

Mir ist bekannt, daß bewußt wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen können, selbst wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Ebenso ist mir bekannt, daß die VICTORIA begründete Schadenersatzforderungen unmittelbar durch Zahlung befriedigen kann.