

Schadenanzeige Kasko

Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe

Die zutreffende Anschrift ist angekreuzt:

24 Stunden, 7 Tage die Woche erreichbar

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Postfach 73 <input type="checkbox"/> 63702 Aschaffenburg ☎ 0 60 21/3 00-2 50 | <input type="checkbox"/> Postfach 16 80 <input type="checkbox"/> 79016 Freiburg ☎ 0 7 61/45 85-4 44 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 32 63 <input type="checkbox"/> 68032 Mannheim ☎ 0 6 21/42 05-4 44 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 60 70 <input type="checkbox"/> 18010 Rostock ☎ 0 3 81/45 94-2 44 |
| <input type="checkbox"/> Postfach 10 50 64 <input type="checkbox"/> 44047 Dortmund ☎ 0 2 31/54 86-1 51 | <input type="checkbox"/> Postfach 11 02 13 <input type="checkbox"/> 20402 Hamburg ☎ 0 4 0/3 29 07-2 24 | <input type="checkbox"/> Postfach <input type="checkbox"/> 81733 München ☎ 0 8 9/62 75-5 2 00 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 49 43 <input type="checkbox"/> 70043 Stuttgart ☎ 0 7 11/16 21-1 67 |
| <input type="checkbox"/> Postfach <input type="checkbox"/> 40198 Düsseldorf ☎ 0 2 11/4 77-1 40 0 | <input type="checkbox"/> Postfach 62 60 <input type="checkbox"/> 30062 Hannover ☎ 0 5 11/12 14-1 91 | <input type="checkbox"/> Postfach 42 53 <input type="checkbox"/> 90022 Nürnberg ☎ 0 9 11/23 35-1 41 | |
| <input type="checkbox"/> Postfach 16 07 64 <input type="checkbox"/> 60070 Frankfurt/M. ☎ 0 6 9/2 42 37-3 62 | <input type="checkbox"/> Postfach 10 04 06 <input type="checkbox"/> 04004 Leipzig ☎ 0 3 41/98 55-4 44 | <input type="checkbox"/> Postfach 60 15 61 <input type="checkbox"/> 14415 Potsdam ☎ 0 3 31/27 92-7 77 | |

BETRIFFT

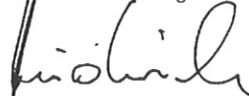
Versicherungsschein-Nr. Schadentag ☎ Durchwahl-Nr. Datum

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir erhielten Kenntnis von diesem 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 AG

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) | |
| Bankkonto (kein Sparkonto) | Name und Ort des Geldinstituts | Bankleitzahl | Konto-Inhaber |
| 2. Angaben über Ihr Kraftfahrzeug lt. Kraftfahrzeugschein: | | Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen | |
| Art des Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Personenwagen <input type="checkbox"/> Lieferwagen <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Lastwagen | Amtl. Kennzeichen | Fabrikat | KW PS Hubraum ccm |
| Verwendungszweck <input type="checkbox"/> Eigenverwendung <input type="checkbox"/> Selbstfahrermietwagen | | <input type="checkbox"/> Droschke <input type="checkbox"/> Omnibus | |
| Schlüsselnummer des Fahrzeugtyps | | Fahrzeug-Ident-Nr. | |
| Bei Güterfahrzeugen: Das Fahrzeug findet Verwendung im <input type="checkbox"/> Güterfernverkehr (üb. 50 km) <input type="checkbox"/> grenzüberschreitenden Güterfernverkehr | | <input type="checkbox"/> Werkverkehr <input type="checkbox"/> Güternahverkehr (bis 50 km) | |
| <input type="checkbox"/> Heizöl- u. Treibstofftransport | | Zulässiges Gesamtgewicht kg | Gehört das beschädigte Kfz zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Erstmals zugelassen am | Gekauft am <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht | Kaufpreis DM/EUR | Bei gebrauchtem Kfz: Vorbesitzer? Wie viele? |
| Gesamtkilometerleistung des Fahrzeugs am Schadentag km | | Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 3. Angaben zur Person des Fahrers, der das Fahrzeug zur Zeit des Schadenfalles lenkte | | | |
| Name, Vorname | | Geburtstag | Anschrift |
| Führerschein-Klasse | Ausgestellt am | Ausstellende Behörde | Zusätzlicher Führerschein für <input type="checkbox"/> Droschken <input type="checkbox"/> Mietwagen <input type="checkbox"/> Omnibusse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| gültig bis | | | |
| Hat der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Schadenfall Alkohol zu sich genommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | Wieviel wurde getrunken? Blutprobe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Ergebnis ‰/oo | | | |
| Wurde die Fahrt, auf der sich der Schaden ereignete, mit Wissen und Willen des Berechtigten ausgeführt? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Ist der Fahrer bei Ihnen beschäftigt? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Dienstfahrt? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 4. Angaben über den Schadenfall und die Beteiligten | | | |
| Schadentag | Uhrzeit (0 - 24) Uhr | Ort (genaue Ortsbezeichnung, Straßenstelle, Kilometerstein) | |
| Polizeilich festgestellt am _____ durch Polizeidienststelle _____ | | | |
| Hat die Polizei Verwarnungsgeld erhoben? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von wem? _____ | |

