

Schadenanzeige Haftpflicht

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Die zutreffende Anschrift ist angekreuzt:

24 Stunden, 7 Tage die Woche erreichbar

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Postfach
<input type="checkbox"/> 10935 Berlin
☎ 0 30/88 78-19 99 | Überseering 32
<input type="checkbox"/> 22297 Hamburg
☎ 0 40/63 64-12 24 | Postfach 10 32 63
<input type="checkbox"/> 68032 Mannheim
☎ 06 21/42 05-4 44 |
| Postfach
<input type="checkbox"/> 40198 Düsseldorf
☎ 02 11/4 77-14 00 | Postfach 62 60
<input type="checkbox"/> 30062 Hannover
☎ 05 11/12 14-1 91 | Postfach
<input type="checkbox"/> 81733 München
☎ 0 89/62 75-52 00 |
| Postfach 16 80
<input type="checkbox"/> 79016 Freiburg
☎ 07 61/45 85-4 44 | Postfach 10 04 06
<input type="checkbox"/> 04004 Leipzig
☎ 03 41/98 55-4 74 | Postfach 42 53
<input type="checkbox"/> 90022 Nürnberg
☎ 09 11/23 35-1 41 |

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



Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Lothar Meyer
Vorstand: Horst Döring, Vorsitzender,
Christian Diedrich, Ingmar Douglas, Jürgen Engel,
Claus-Peter Gutt, Herbert Löffler,
Michael Rosenberg, Frank Sievers

Sitz Düsseldorf
Handelsregister:
Amtsgericht Düsseldorf
HRB 36466

Hinweise

Diesen Haftpflichtschaden bearbeiten wir, sobald uns Ihre Schadenanzeige vollständig ausgefüllt vorliegt und der Geschädigte seine Ansprüche bei uns geltend macht. Tragen Sie Namen, Anschrift und Versicherungsschein-Nummer oben ein bzw. prüfen und vervollständigen Sie diese Angaben. Wird Ihnen ein Mahnbescheid zugestellt, erheben Sie bitte fristgerecht Widerspruch. Übersenden Sie uns dann bitte den Mahnbescheid mit einer Durchschrift Ihres Widerspruchschreibens.

1. Beruf des Versicherungsnehmers bzw. Art seines Betriebes	Telefon (tagsüber)
Partner einer Arbeitsgemeinschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welcher?	Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Angaben über die Person des Schädigers Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen	
Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Anschrift)	
Ist der Schädiger Ihr Angestellter oder Arbeiter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ist der Schädiger eines Ihrer unverheirateten Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geburtsdatum	Befindet sich das Kind noch in einer Schul- od. Berufsausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
In welcher?	
Besteht für den Schädiger noch anderweitiger, gleichartiger Versicherungsschutz (z. B. Privathaftpflichtversicherung des zweiten Elternteils)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name, Anschrift des Versicherungsnehmers	
Versicherung	Versicherungsschein-Nr.

3. Angaben über das Schadenereignis und die Beteiligten

Schadentag	Uhrzeit (0 – 24) Uhr	Ort (genaue Bezeichnung)
------------	-------------------------	--------------------------

Polizeilich festgestellt am _____ durch Polizeidienststelle _____

Von welchem Beteiligten wurde Verwarnungsgeld erhoben? Name: _____

Augenzeugen:
1. _____
(Name, Anschrift)
2. _____

Genaue Schilderung des Schadenherganges (möglichst mit Skizze; erforderlichenfalls besonderes Blatt beifügen)

4. Angaben über den Geschädigten und den Schaden

Name, Vorname des Geschädigten		Beruf		Alter des Geschädigten
Anschrift			Telefon	
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?	Ist der Schädiger mit dem Geschädigten verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?	Lebt der Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Steht der Geschädigte zu Ihnen in einem Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat der Geschädigte den Schadenfall allein verschuldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, inwiefern?		Trifft den Geschädigten ein Mitverschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, inwiefern?		
Trifft einen Dritten ein Verschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, inwiefern?		Name und Anschrift des Dritten _____		
Hat der Geschädigte einen Sachschaden erlitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Was wurde beschädigt?	Worin besteht der Schaden	Geschätzte Reparaturkosten EUR	
Zustand der beschädigten Sache vor dem Schaden <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> gebraucht <input type="checkbox"/> gepflegt <input type="checkbox"/> schadhaft	Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet, gepachtet, geliehen, verwahrt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> verwahrt	Hatten Sie die beschädigte Sache zur Bearbeitg. od. Beförderung erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hatten Sie die beschädigte Sache geliefert oder hergestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat der Geschädigte einen Personenschaden erlitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Verletzung (ggf. bei Bemerkungen)	Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurden bereits Ansprüche an Sie gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ggf. Unterlagen beifügen)	
Bemerkungen:				

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.

(Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)