

Schadenanzeige Sach

Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe

Die zutreffende Anschrift ist angekreuzt:

24 Stunden, 7 Tage die Woche erreichbar

- | | | |
|---|--|---|
| Postfach
<input type="checkbox"/> 10935 Berlin
☎ 030/8878-1999 | Überseering 32
<input type="checkbox"/> 22297 Hamburg
☎ 040/6364-1224 | Postfach 103263
<input type="checkbox"/> 68032 Mannheim
☎ 0621/4205-444 |
| Postfach
<input type="checkbox"/> 40198 Düsseldorf
☎ 0211/477-1400 | Postfach 6260
<input type="checkbox"/> 30062 Hannover
☎ 0511/1214-191 | Postfach
<input type="checkbox"/> 81733 München
☎ 089/6275-5200 |
| Postfach 1680
<input type="checkbox"/> 79016 Freiburg
☎ 0761/4585-444 | Postfach 100406
<input type="checkbox"/> 04004 Leipzig
☎ 0341/9855-444 | Postfach 4253
<input type="checkbox"/> 90022 Nürnberg
☎ 0911/2335-141 |

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.
Für Ihre Unterstützung danken wir im voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Schadenabteilung



VICTORIA Versicherung Aktiengesellschaft
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

<input type="checkbox"/> Allgemeine Angaben	Wann trat der Schaden ein? am _____ um _____ Uhr	Schadenort (PLZ, Ort, Straße und Nr.)	<input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Erdgeschoß <input type="checkbox"/> ____ Obergeschoß	
	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung	Sind Sie Mieter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind Sie Eigentümer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wohnfläche in m ²
	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Sonstige		ggf. Name und Anschrift	
	Haben Sie bei der Polizei Anzeige erstattet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		am _____	Anschrift der Dienststelle _____ Tagebuch-Nr. _____
	Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? (z. B. Kfz-Kasko-, Reisegepäck- oder Valoren-Versicherung) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Versicherungsschein-Nr. und Gesellschaft	
	Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift)			
	Besteht für den Schadenverursacher eine Haftpflichtversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Versicherungsschein-Nr. und Gesellschaft	
	Sind Sie zum Abzug der Vorsteuer berechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Sind Sie tagsüber telefonisch erreichbar? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
			Telefon _____	

