

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Fragebogen für Anspruchsteller

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

eine rasche Bearbeitung des Schadens ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich und vollständig beantworten und die Schadenanzeige umgehend an uns zurücksenden.

Vielen Dank.

Einwilligung nach Art. 7 und 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und die Wahrung Ihres Persönlichkeitsrechts sind uns wichtig. Um den Schaden-/Leistungsfall prüfen zu können, benötigen wir Ihre Angaben zum Versicherungsfall. Hierzu gehören unter Umständen auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Um diese Gesundheitsdaten verarbeiten zu dürfen, ist Ihre Einwilligung erforderlich.

Sie haben das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sowie weitere nach § 203 StGB geschützte Daten zum Zwecke der Schaden-/Leistungsfallbearbeitung im Rahmen des Versicherungsfalles von der Deutschen Familienversicherung verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

1. Name des Schadenverursachers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name des Schadenverursachers

Policen-Nr.

<input type="text"/>

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Versichert bei

Telefon

2. Genaue Schilderung des Schadenereignisses mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt)

<input type="text"/>

3. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Namen, Anschrift, Kfz.-Kennzeichen)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4. Namen und Anschriften der Zeugen

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

5. Welche Polizeidienststelle nahm den Schaden auf?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

6. Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Bei beschädigten Fahrzeugen

Fabrikat/Typ

Fahrzeugart

Baujahr

Km-Stand

Poliz. Kennzeichen

Bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift) bestand z. Zt. des Schadeneintritts für das Fahrzeug eine

Haftpflichtversicherung

Police-Nr.

Vollkaskoversicherung

Selbstbet. EUR

Police-Nr.

Teilkasko-Versicherung

Selbstbet. EUR

Police-Nr.

Insassenunfall-Versicherung

Police-Nr.

Bei Sachschäden (auch Kfz)

Was wurde beschädigt

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Ist die Sache geleast?

nein

ja, Leasingnehmer

Gehört die beschädigte Sache zum Betriebsvermögen?

Besteht die Berechtigung zum Vorsteuerabzug? In welcher Höhe?

Art der Beschädigung

Vorschäden?

nein

ja

Wann, wo, zu welchem Preis wurde die beschädigte Sache gekauft? (Bitte ggf. Anschaffungsrechnung beifügen)

Voraussichtliche Reparaturkosten EUR (Bitte ggf. Kostenvoranschlag beifügen)

Voraussichtliche Reparaturdauer

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei

Anschrift

Telefon

Welcher Sachverständige wurde beauftragt (Name, Anschrift, Telefon)?

Bei welcher Gesellschaft bestand zum Schadeneintritt eine Glas-, Feuer-, Leitungswasser-Versicherung
(Name, Anschrift, Police-Nr.)?

Bei Personenschäden

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Familienstand

Zahl der Kinder

berufliche Tätigkeit

Selbständig tätig

nein ja

Monatliches Nettoeinkommen

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Hatten Sie bei Schadeneintritt den Sicherheitsgurt angelegt? nein ja

Hatten Sie bei Schadeneintritt den Schutzhelm aufgesetzt? nein ja

Art der Verletzung (bitte möglichst genau)

Krankenhausaufenthalt vom bis (voraussichtlich)

Name und Anschrift des Krankenhauses

Behandelnder Arzt im Krankenhaus

Ambulant behandelnde Ärzte (bitte genaue Anschriften)

Ist der Verletzte krankgeschrieben? wenn ja, vom bis (voraussichtlich)

Welcher Krankenkasse/Krankenversicherung gehört der Verletzte an?

Ist der Unfall ein Arbeitsunfall oder Wegeunfall? nein ja

Falls ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig und unter welchem Aktenzeichen wird der Unfall dort geführt?

Ort, Datum



Unterschrift des Anspruchstellers

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum



Unterschrift des Anspruchstellers

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Schweigepflichtentbindungserklärung

Fragebogen für Anspruchsteller

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

für die Bearbeitung Ihres Versicherungsfalles sind medizinische Auskünfte erforderlich. Von Ärzten und anderen beteiligten Stellen erhalten wir diese nur, wenn wir die nachfolgende Einwilligungserklärung zur Erhebung von Gesundheitsdaten ausgefüllt und unterzeichnet zurückerhalten.

Vielen Dank.

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Verletzte Person

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Beruf / ausgeübte Tätigkeit

Telefon

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten jedoch keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten.

Zur Prüfung und Beurteilung Ihres geltend gemachten Anspruchs sowie unserer Leistungspflicht ist es notwendig, medizinische Auskünfte und Informationen von den unten näher bezeichneten Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf eventuelle Vorerkrankungen, welche für die Prüfung und Beurteilung des hier in Rede stehenden Leistungsanspruchs vom von Bedeutung sein könnten.

Bitte beachten Sie, dass wir ohne diese Daten Ihren Anspruch nicht prüfen und bearbeiten können.

Die Anfrage soll an die nachfolgend benannten Stellen für den Zeitraum
vom bis gerichtet werden:

1. Hausarzt

2. Facharzt

3. Krankenkasse

Ich willige ein, dass die Deutsche Familienversicherung AG meine Gesundheitsdaten, soweit diese für die Prüfung und Beurteilung des geltend gemachten Leistungsanspruchs erforderlich sind, bei den oben genannten Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Hierzu befreie ich die Personen und dort beschäftigten Mitarbeiter der in den vorgelegten Unterlagen genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen an die Deutsche Familienversicherung AG übermittelt werden.

Ich willige darüber hinaus ein, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Deutsche Familienversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie insoweit auch die für die Deutsche Familienversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum



Unterschrift des Anspruchstellers