

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Fragebogen für Versicherungsnehmer

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Belehrung nach § 28 Abs. 4VVG

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Nach Eintritt des Versicherungsfalls können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Verletzung der Obliegenheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung ganz oder teilweise im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Beweislast

Im Falle der Verletzung einer Obliegenheit zur Auskunft oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Die voranstehende Belehrung und die Folgen bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten habe ich zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Beruf / ausgeübte Tätigkeit

Telefon

Schaden-/Unfalltag:

(wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt)

(Tag/Monat/Jahr/Uhrzeit)

frühestens am:

spätestens am:

Schaden-/Unfallort (genaue Bezeichnung, PLZ, Straße, Hausnummer, Räumlichkeiten usw.)

1. Verursacher des Schadens

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geb.-Datum
<input type="text"/>	
Anschrift	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf/ausgeübte Tätigkeit	Telefon
<input type="text"/>	

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer

2. Versichertes Risiko Privathaftpflicht Hundehalter Haftpflicht

3. Vermietung nein ja von Räumen des Gebäudes/der Wohnung
 von Teilen des Grundstücks von einem Einfamilienhaus

4. Namen und Anschrift von Augenzeugen

	Alter	Beruf	Verwandt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Polizeilich aufgenommen

nein ja

Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer

gebührenpflichtig verwarnt/angezeigt nein ja, gegebenenfalls wer

6. Schadenhergang/Mitverschulden

(Bitte schildern Sie genau und wahrheitsgemäß den Schadenhergang. Falls eine Skizze erforderlich ist, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt)

Trifft den Geschädigten ein Mitverschulden? Weshalb?

7. Geschädigte

1. Name	Anschrift	Telefon	Geb.-Datum	Beruf
---------	-----------	---------	------------	-------

2. Name	Anschrift	Telefon	Geb.-Datum	Beruf
---------	-----------	---------	------------	-------

3. Name	Anschrift	Telefon	Geb.-Datum	Beruf
---------	-----------	---------	------------	-------

Nr. ist mit VN verwandt. Art des Verwandtschaftsverhältnisses?

Nr. hat vertragliche Beziehung zu VN ist Betriebsangehöriger ist Käufer
 ist Mieter hat Auftrag

Nr. Es besteht häusliche Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer nein ja

8. Sachschäden (auch Schaden an Tieren)

1. Beschädigte Gegenstände und Art der Beschädigung	Alter der Sache	Schadenhöhe (Zeitwert)
---	-----------------	------------------------

2. Beschädigte Gegenstände und Art der Beschädigung	Alter der Sache	Schadenhöhe (Zeitwert)
---	-----------------	------------------------

3. Beschädigte Gegenstände und Art der Beschädigung	Alter der Sache	Schadenhöhe (Zeitwert)
---	-----------------	------------------------

Wo kann die Sache besichtigt werden?

Die beschädigte Sache war vom Versicherungsnehmer

geliehen gemietet gepachtet in Verwahrung genommen

Bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift, Police-Nr.) bestand zum Schadeneintritt für die beschädigte(n) Sache(n) eine Glas-, Feuer-, Leitungswasser-, Kasko-Versicherung?

9. Personenschäden

1. Geschädigter Art und Umfang der Verletzung bei welchem Krankenhaus/Arzt in Behandlung?

2. Geschädigter Art und Umfang der Verletzung bei welchem Krankenhaus/Arzt in Behandlung?

3. Geschädigter Art und Umfang der Verletzung bei welchem Krankenhaus/Arzt in Behandlung?

Unfall ereignete sich

während der beruflichen Tätigkeit auf dem Wege von oder zur Arbeit

Krankenkasse

Berufsgenossenschaft

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherungsnehmers