

DFV Deutsche Familienversicherung AG  
Reuterweg 47  
60323 Frankfurt

## **Schadenanzeige Tierhalterhaftpflichtversicherung**

---

### **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-/Leistungsbearbeitung im Rahmen des Versicherungsfalles von der Deutschen Familienversicherung verarbeitet und genutzt werden.**

\* Die Gesundheitsdaten sind nur bei Personenschäden abzufragen, falls dies nicht zutrifft, bitten wir Sie das entsprechend zu streichen.

Ort, Datum



Unterschrift des Anspruchstellers

### 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

--	--

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

--

Name, Vorname

--

Anschrift

### 2. Angaben zum Geschädigten

--

Name, Vorname

--

Anschrift

--	--

Telefon

Geb.-Datum

--

Beruf

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

☐ nein ☐ ja

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer?

☐ nein ☐ ja

Besteht eine häusliche Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer?

☐ nein ☐ ja

Hat der Geschädigte eine vertragliche Beziehung zu dem Versicherungsnehmer?

☐ nein ☐ ja

### 3. Schaden-/Unfalltag (Tag/Monat/Jahr/Uhrzeit)

--

--	--

frühestens am

spätestens am

### 4. Schaden-/Unfallort (genaue Bezeichnung, PLZ, Straße, Hausnummer, Örtlichkeiten usw.)

### 5. Name des Tierhalters

--

Name, Vorname

--

Anschrift

--

Telefon

**6. Polizeilich aufgenommen** ☐ nein ☐ ja

Anschrift der Dienststelle

Tagebuchnummer

**7. Namen und Anschrift von Zeugen**

Name, Vorname

Beruf

Name, Vorname

Beruf

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Zeugen und dem Geschädigten? ☐ nein ☐ ja

**8. Schadenhergang**

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

  
  
  
  
  
  
  
  
  

**9. Bei Verletzung von Tieren**

Name des Tieres

Art und Umfang der Verletzung

Tierart

Rasse

Name des Tierarztes/der Tierklinik

**10. Bei beschädigten Fahrzeugen** (Sofern ein Fahrzeug beschädigt wurde, bitten wir Sie folgende Punkte auszufüllen.)

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.
-----------------------------	------------

## 11. Bei Sachschäden

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 Versicherungsgesellschaft bestand zum Schadeneintritt eine Glas-bzw. Leitungswasser-Versicherung (Name, Anschrift der Versicherungsgesellschaft, Police-Nr.)?

## 12. Bei Personenschäden

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Familienstand

Zahl der Kinder

berufliche Tätigkeit

Selbständig tätig

☐ nein

☐ ja

Monatliches Nettoeinkommen

Name und Anschrift des Arbeitgebers

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?

**Zusätzlich bei Verkehrsunfällen**

Hatten Sie bei Schadeneintritt den Sicherheitsgurt angelegt? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie bei Schadeneintritt den Schutzhelm aufgesetzt? ☐ nein ☐ ja

**Sofern Sie Ansprüche aus einem erlittenen Personenschaden geltend machen, bitten wir Sie, die beigefügte Einwilligungserklärung zur Erhebung von Gesundheitsdaten ausgefüllt an uns zurück zu senden. Vielen Dank.**

**Zahlungen sollen überwiesen werden an:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Geldinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

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