

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.

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

Ist der Geschädigte Betriebsangehöriger des Reitbetriebes? 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

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 Sachschäden

[Empty input field]

Was wurde beschädigt

[Empty input field]

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Ist die Sache geleast? nein ja, Leasingnehmer

[Empty input field]

Gehört die beschädigte Sache zum Betriebsvermögen?

Besteht die Berechtigung zum Vorsteuerabzug? In welcher Höhe?

[Empty input field]

Art der Beschädigung

Vorschäden? nein ja

[Empty input field]

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

[Empty input field]

Voraussichtliche Reparaturkosten EUR (Bitte ggf. Kostenvoranschlag beifügen)

[Empty input field]

Voraussichtliche Reparaturdauer

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei

[Empty input field]

[Empty input field]

Anschrift

Telefon

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

[Empty input field]

[Empty input field]

[Empty input field]

[Empty input field]

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

[Empty input field]

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?

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.

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

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