

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Schadenanzeige Tierhalterhaftpflichtversicherung

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.

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

1. Schaden-/Unfalltag:

(wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt)

(Tag/Monat/Jahr/Uhrzeit)

frühestens am:

spätestens am:

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

2. Versichertes Risiko

Hundehalter Haftpflichtversicherung Pferdehalter Haftpflichtversicherung

3. 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"/>

4. Polizeilich aufgenommen

nein ja

Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer

gebührenpflichtig verwarnt/angezeigt nein ja, gegebenenfalls wer

5. 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?

6. Geschädigte

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

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

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

Besteht ein Verwandtschaftsverhältniss zum Versicherungsnehmer? nein ja

Es besteht häusliche Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer? nein ja

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

7. 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?

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Policen-Nr.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Vertragsnummer

Versicherungsnehmer/versicherte Person

Anschrift

Telefon

Ihr Az/Ihre Nachricht vom

Ihr Mandant

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 Versicherungsnehmers/versicherte Person