

DFV Deutsche Familienversicherung AG  
Reuterweg 47  
60323 Frankfurt

### Vergleichs- und Abfindungserklärung

---

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

wir sind bereit, den unten näher bezeichneten Schaden mit Zahlung eines Vergleichsbetrags zu erledigen. Falls Sie dem Vergleich zustimmen, bitten wir Sie, diese Vergleichs- und Abfindungserklärung auszufüllen, zu unterschreiben und sie an uns zurückzusenden.

Vielen Dank.

Vergleichs- und Abfindungserklärung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Policen-Nr.</b>	<b>Schaden-Nr.</b>

**Angaben zum Anspruchsteller/Versicherungsnehmer**

<input type="text"/>
Schadentag
<input type="text"/>
Name, Vorname des Anspruchstellers
<input type="text"/>
Name, Vorname des Versicherungsnehmers

Nach Zahlung einer Entschädigung von  
EUR  in Worten EUR   
sollen unter Berücksichtigung von bereits geleisteten Vorschusszahlungen von  
EUR   
alle Ansprüche aus dem obigen Schadenereignis gegen den Versicherungsnehmer

gegen Mitversicherte, gegen die DFV Deutsche Familienversicherung AG vorbehaltlos für Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft abgefunden sein, ebenso Ansprüche gegen sonstige Dritte insoweit, als der in Anspruch genommene Dritte Ausgleichsansprüche gegen die zuvor Genannten geltend machen können.

Die Zahlung enthält kein Haftungsanerkennnis irgendwelcher Personen.

Die durch unseren Versicherungsnehmer geschuldete Leistung in Höhe der Selbstbeteiligung wird von der vorliegenden Abfindungserklärung nicht umfasst.

**Ich/Wir erkläre(n), dass ich/wir aus Anlass des obigen Schadens von keiner anderen Seite (z. B. einem Sozialversicherer, Privatversicherer, Arbeitgeber, Sozialamt oder sonstigen Dritten) eine Leistung oder Entschädigung erhalten oder beansprucht habe(n), mit Ausnahme von:**

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

Ich/Wir versichere(n), dass die Ansprüche weder abgetreten noch gepfändet oder verpfändet sind. Nach Genehmigung durch die DFV Deutsche Familienversicherung AG soll die Zahlung erfolgen an

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

An diese Erklärung halte(n) ich mich/wir uns nur gebunden, wenn der Betrag innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Erklärung bei der DFV Deutsche Familienversicherung AG angewiesen wird.

Vorstehende Erklärung wird auch namens und als gesetzliche(r) Vertreter der/des minderjährigen

geb.

von mir/uns abgegeben.

Ort, Datum

→

Unterschrift des Anspruchstellers oder eines gesetzlichen  
oder bevollmächtigten Vertreters  
(bei Minderjährigen Unterschrift beider Elternteile)