



## **Haftpflicht-Schadenanzeige**

Art der fremden beschädigten Sache				Sach-schaden
Eigentümer der Sache – Vorname, Zuname – Wenn der Eigentümer nicht Geschädigter ist, bitte auch Adresse angeben				
Art der Beschädigung				
Art und Anzahl der Vorschäden				
Wiederherstellung möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	voraussichtliche Wiederherstellungskosten EUR	Anschaffung der beschädigten Gegenstände Zeitpunkt	Abnutzung oder Beschädigung vor diesem Schaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungen für die beschädigte Sache <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Tier				<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Versicherungsgesellschaft		Versicherungsschein-Nummer		
War die beschädigte Sache vom Versicherungsnehmer, seinen Familien- oder Betriebsangehörigen gemietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      gepachtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      geliehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      in Verwahrung genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      in Kommission genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Haben der Versicherungsnehmer oder seine Betriebsangehörigen eine Tätigkeit an oder mit der beschädigten Sache ausgeübt? Art der Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Hat der Versicherungsnehmer die beschädigte Sache hergestellt oder geliefert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Verletzte Person – Vorname, Zuname – Wenn die verletzte Person nicht Geschädigter ist, bitte auch Adresse angeben				
Alter	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	Kinder Zahl	Alter	Personen-schaden
Art und Umfang der Verletzung				
Name des Arztes – Adresse –				
Diese Fragen über die verletzte Person sind zu beantworten nach dem Stand vor dem Schaden				
Monatseinkommen EUR	Erwerbsunfähigkeit vor dem Schaden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lohn- oder Dienstverhältnis zum VN ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonst beschäftigt beim Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welcher Eigenschaft?
Meldung des Unfalls bei der für den Betrieb des Versicherungsnehmers zuständigen Berufsgenossenschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Name der Berufsgenossenschaft:				
Erhält die verletzte Person wegen des Unfalls Zahlungen von einer Krankenkasse, Berufsgenossenschaft o. ä.? Von wem? – Name, Adresse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Höhe der Zahlungen EUR				
<b>Bankverbindung</b>				
Name der Bank	Bankleitzahl	Konto-Nr.		
IBAN-Code:				
BIC/SWIFT-Code:				
Name Zahlungsempfänger				
Wichtiger Hinweis: Bitte füllen Sie das Formular vollständig und wahrheitsgemäß aus. Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, bewusst falsch oder lückenhaft erstattete Antworten auch dann, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.				
Wenn Sie das Formular nicht eigenhändig ausfüllen, prüfen Sie bitte vor Unterzeichnung, ob die Eintragungen zutreffend und vollständig sind. Sie machen sich mit Ihrer Unterschrift den Inhalt der Angaben zu eigen.				
Ort/ Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers			
Vermittler	Datum/ Unterschrift			
Bei Treppenunfällen, Glatteisunfällen, Dachlawinenschäden, Durchnässungsschäden, Erdleitungsschäden und Architekenschäden bitte Zusatzfragebogen einreichen.				

## **Belehrung nach § 28Abs. 4 VVG**

### **Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

#### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

#### **Leistungsfreiheit**

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

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung der Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

#### **Hinweis**

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

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Hinweise zur Kenntnis genommen habe und auf die Rechtsfolgen hingewiesen wurde.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Versicherungsnehmers**