

Bitte zurücksenden an

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK
Postfach
20352 Hamburg

Versicherungsnummer

Schadenanzeige zur Reise-Haftpflichtversicherung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,
bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig. Sie ermöglichen uns dadurch eine schnelle
Beantwortung.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung.
Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter
www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie diese gern bei uns an.

I. Allgemeiner Teil

Versicherungsnehmer: Sollte die oben genannte Anschrift nicht richtig sein, nennen Sie uns bitte Ihre neue Anschrift

Telefon-Nr. (tagsüber): _____ Fax, Email: _____

Anspruchsteller

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefon-Nr. (tagsüber): _____ Fax, Email: _____

Wann und wo ereignete sich der Schaden?

Schadentag: _____ Uhrzeit: _____

Ort: _____ Straße: _____

Verhältnis zum Anspruchsteller:

Besteht zwischen Ihnen und dem/der Geschädigten ein/eine:

Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis? Nein Ja, welches? _____

Arbeits-, Lohn- oder sonstiges Vertragsverhältnis? Nein Ja, welches? _____

häusliche Gemeinschaft? Nein Ja, welches? _____



Angaben zur polizeilichen Aufnahme:

Wurde der Schaden von der Polizei aufgenommen? Nein Ja

Anschrift der Dienststelle: _____

Telefonnr.: _____ Aktenzeichen / Tagebuchnr.: _____

Wurde eine gebührenpflichtige Verwarnung ausgesprochen?

nicht bekannt Nein Ja, gegen _____

Wurde ein Straf- oder Bußgeldverfahren eingeleitet?

nicht bekannt Nein Ja, gegen _____

Zeugen (weitere Zeugen notieren Sie bitte mit Adresse auf einem gesonderten Blatt. Vielen Dank!)

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

beteiligt als: _____

Verursachung

Mit welcher Begründung wird Ihnen oder einem Familien-/ Betriebsangehörigen ein Verschulden an der Schadenverursachung beigemessen?

Welche Person hat den Schaden verursacht? _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Welche Funktion nimmt der Schädiger in dem Betrieb wahr? _____

Hat die geschädigte Person den Schaden Ihrer Meinung nach selbst verschuldet?

Nein Ja, weil _____

Sind gegen Sie Schadenersatzansprüche erhoben worden? (Schriftstücke fügen Sie bitte bei)

bisher nicht Nein Ja, am: _____ durch: _____

Sind Sie mit der Zahlung einer etwaigen Entschädigung an den Anspruchsteller einverstanden?

Ja Nein, weil _____

Machen Sie ggf. eigene Ansprüche geltend? Nein Ja, gegen _____

Haben Sie einen Anwalt beauftragt? Nein Ja, Name, Anschrift und Telefonnr.: _____

Angaben bei Sachschaden: auszufüllen auch bei Tierschäden

Was für eine Sache wurde beschädigt? _____

Worin besteht die Beschädigung? _____

Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Gegenstände angeschafft worden? _____ EUR

Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich? Nein Ja nicht bekannt

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? _____ EUR

War die beschädigte Sache vor Eintritt des Schaden bereits abgenutzt oder beschädigt Nein JaHatten Sie oder Ihre Familien- / Betriebsangehörigen die beschädigte Sache gemietet, gepachtet, geliehen? Nein Jain Verwahrung genommen? Nein JaHandelte es sich um Kommissionsware? Nein JaIst die gemietete, beschädigte Sache ein Gebäudebestandteil? Nein JaHat sich der Schaden durch eine Tätigkeit (z. B. bei der Bearbeitung, Reparatur, Prüfung) an dieser Sache ereignet? Nein Ja

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Name / Firma: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Bestand zum Schadentag für die beschädigte Sache eine anderweitige Versicherung? nicht bekannt Nein Ja, bei _____

Anschrift: _____ Vertragsnummer: _____

 Glas- Feuer- Leitungswasser- Hausrat- oder sonstige Versicherung: _____Ist der Schaden dort gemeldet worden? Nein Ja, am _____

Angaben bei Personenschaden

Name u. Anschrift der verletzten Person: _____

Geburtsdatum des Verletzten: _____

Worin besteht die Verletzung? _____

Welcher Arzt behandelte oder behandelt die verletzte Person? _____

Name, Anschrift und Fachrichtung: _____

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? Nein Ja nicht bekannt

vom _____ bis _____ Anschrift des Krankenhauses _____

Ist die verletzte Person ledig verheiratet geschieden verwitwet?

Wie viele Kinder sind vorhanden? _____ In welchem Alter? _____

Welches ungefähre Einkommen hat die verletzte Person bzw. ihr Ehepartner? _____ EUR / Monat

Besteht ein Anspruch der verletzten Person auf Entschädigung von dritter Seite (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder dergleichen)? Nein Ja, bei _____**Bitte einzureichende Unterlagen nicht heften oder klammern!**

Ich versichere ausdrücklich, alle Fragen und Angaben wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige und unvollständige Angaben, die bewusst (vorsätzlich) gemacht werden, zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch der HanseMercur Reiseversicherung AG keine Nachteile entstehen und Ihr Versicherungsschutz nicht gefährdet wird. Bitte unterschreiben Sie auch die Erklärungen auf der nächsten Seite.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (Schadenverursacher)

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall Behrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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 Versicherungsfalls 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 Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente 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/Dokumente 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 Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie 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.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten 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/Dokumenten verpflichtet.

Ort

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

Schlussklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der HanseMercur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMercur Reiseversicherung AG ab.

Ort

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter