

Schadenmeldung

Reisehaftpflicht-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München
Tel: +49.89.6 24 24-298 · Fax: +49.89.6 24 24-188
E-Mail: sachschaden-awpde@allianz.com

1. Angaben zu Ihrer Person:

 Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Nummer / Adresszusatz	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ / Ort		Land	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon / Mobil		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum			
<input type="text"/>			

2. Bankverbindung

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1. Empfänger:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Name
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kreditinstitut		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
IBAN (bis max. 34 Stellen)		Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)
<input type="text"/>		<input type="text"/>

3. Angaben zur Versicherung:

 Bitte reichen Sie Ihren Versicherungsschein, die Versicherungs- / Buchungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) und Ihre Reisebestätigung jeweils in Kopie ein!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)	Versicherungsschein-Nr. / Kreditkarten-Nr. inklusive Kreditinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versicherungsdauer (Tage)
	<input type="text"/>

4. Angaben zur Person des Geschädigten:

 Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Nummer / Adresszusatz	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ / Ort		Land	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon / Mobil *		E-Mail *	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum *			
<input type="text"/>			

 * = falls bekannt

Besteht zwischen Ihnen und dem/der Geschädigten ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis?

Nein Ja

Falls Ja, welches Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis?

Lebt der/die Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?

Nein Ja

War der/die Geschädigte Ihre Reisebegleitung?

Nein Ja

Wenn Ja, während der ganzen Reise?

Nein Ja

Oder nur während eines Teils der Reise?

von

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An welchen Orten?

5. Angaben zum Schaden:

Bitte schildern Sie möglichst ausführlich und anschaulich den Hergang und fügen Sie – wenn möglich – Bilder von der beschädigten Sache und ggf. eine Lageskizze bei. Verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Bitte beschreiben und bezeichnen Sie möglichst genau den Schadenort:

Schadentag

--	--	--	--	--	--	--	--

Uhrzeit

um / zwischen

--	--	--	--

 :

--	--

 Uhr und

--	--	--	--

 :

--	--

 Uhr

Wie kam es zu dem Schadenfall?

Worin sehen Sie Ihr Verschulden am Eintritt des Schadens?

Hat die/der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst verschuldet?

Nein Ja

Falls Ja, wodurch?

Hat ein Dritter den Schaden ganz oder teilweise verschuldet?

Nein Ja

Falls Ja, wer?

Herr Frau

Vorname(n)

Name(n)

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift

6. Welcher Stelle haben Sie den Schaden gemeldet?

Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reise- oder Hotelleitung etc.) im Original ein!

Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)

am | | | | | | | | | |

um | | : | | | Uhr

Reise- / Hotelleitung oder sonstige Stelle (Name, Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

am | | | | | | | | | |

um | | : | | | Uhr

Gibt es Personen, die den Vorfall beobachtet haben und / oder das Geschehen bezeugen können?

Nein Ja

Herr Frau

Vorname / Name des Zeugen

Anschrift des Zeugen

7. Allgemeine Angaben zum Schaden:

Bitte reichen Sie Anspruchsschreiben, Belege, Quittungen etc. im Original ein!

Wurden bereits Schadenersatzansprüche an Sie gestellt?

Nein Ja

Falls Ja, wann? | | | | | | | | | |

mündlich

schriftlich

Höhe der gestellten Ansprüche €

Haben Sie der/dem Geschädigten gegenüber eine Schadenersatzpflicht anerkannt?

Nein Ja

Haben Sie der/dem Geschädigten bereits Zahlungen geleistet?

Nein Ja

Sind Sie einverstanden, dass im Falle einer Schadenersatzpflicht die Entschädigung an die/den Geschädigte/n oder an den empfangsberechtigten Dritten gezahlt wird?

Nein Ja

Wenn Ja, in welcher Höhe? €

8. Angaben zu Sachschäden:

Welche Sache wurde beschädigt?

Bitte beschreiben Sie kurz Art und Umfang der Beschädigung:

Ist eine Reparatur möglich?

Nein Ja

Wie hoch schätzen Sie den Sachschaden?

€

Wie hoch war der Kaufpreis der beschädigten Sache?

€

Kaufdatum der beschädigten Sache | | | | | | | | | |

War die beschädigte Sache von Ihnen

gemietet

gepachtet

geliehen

in Verwahrung ?

Bitte machen Sie nähere Angaben dazu:

9. Angaben zu Personenschäden:

Welche Verletzungen hat die geschädigte Person erlitten:

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Urlaubsort / Schadenort?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

--

Name und Anschrift eines weiteren Arztes oder Spezialisten

--

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person nach der Rückkehr am Heimatort? *

Name(n) und Anschrift(en)

--

--

Alter der/des Verletzten: *

--

Familienstand der/des Verletzten: *

--

Krankenkasse der/des Verletzten: *

--

▶ * = falls bekannt

10. Angaben zu weiteren Versicherungen:

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Haftpflicht-Versicherung?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
--------------------------	------	--------------------------	----

Versicherungsgesellschaft (Name)

--

Versicherungsschein-Nr.

--

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

--

Haben Sie den Schaden dort gemeldet?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
--------------------------	------	--------------------------	----

11. Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Indem Sie uns anlässlich Ihres Versicherungsfalles Gesundheitsdaten mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

12. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG)

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Ort / Datum

--

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

--