>>>>>>>>Achtung! Spezialkonzept Pflegefamilien Fairsicherung. Bitte Zusatzbedingungen beachten.<<<<<<<<

Haftpflicht-Schadenanzeige

für Privatkunden

HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT

Versicherungsschein-Nr.:
(bitte unbedingt angeben)

Haftpflichtkasse Darmstadt - Postfach 1126 - 64373 Roßdorf

Schadentag	**Uhrzeit**
Schadenort (ggf. Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen? Kontoinhaber: ..... Geldinstitut: ..... Bankleitzahl: ..... Kto.-Nr:	

Namens- oder Adressänderung bitte hier vermerken:

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers: .....

Anschrift: .....

Tel.- und Fax-Nr.: .....

E-Mail: .....

Verursacher des Schadens (Vor- und Zuname, Geb.-Datum, Beruf):

.....

Falls der Schaden nicht durch Sie selbst verursacht wurde: in welcher Beziehung steht der Schadenverursacher zu Ihnen?

.....

Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein Arbeits-, Lohn- oder sonstiges Vertragsverhältnis?

Wenn ja, beschreiben Sie dieses: .....

.....

Schadenschilderung (ausführliche Darstellung des Vorfalls):

Handelt es sich hierbei um die eigenen Wahrnehmungen des Schadenverursachers? Ja ☐ Nein ☐

.....

.....

.....

.....

Geschädigter:

Vor- und Zuname: .....

Anschrift (Straße, PLZ u. Ort): .....

Geb.-Datum: ..... Familienstand: ..... Beruf:.....

Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt oder besteht eine nichteheliche Lebensgemeinschaft? Wenn ja, in welcher Weise?

.....

Lebt der Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? Wenn ja, in welcher Weise?

.....

Hat der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst- oder mitverschuldet? .....

Wann wurde Ihnen der Schaden gemeldet? .....

Sachschaden:

Was wurde beschädigt bzw. ist abhanden gekommen? .....

Art und Umfang der Beschädigung: .....

Wer ist Eigentümer der Sache? .....

War die Sache gemietet, geliehen oder in Verwahrung genommen? .....

Wie hoch sind die voraussichtlichen Wiederherstellungs- bzw. Reparaturkosten? .....

Sind die beschädigten Sachen versichert (Feuer-, Glas-, LW-, Fahrzeugversicherung)? .....

>>>>>>>>Achtung! Spezialkonzept Pflegefamilien Fairsicherung. Bitte Zusatzbedingungen beachten.<<<<<<<<

HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT

Schäden durch Kinder:

Wer beaufsichtigte das Kind? .....

Wann ungefähr hatte die Aufsichtsperson zuletzt nach dem Kind geschaut? .....

Wie wurde das Kind beaufsichtigt? (Standort und Entfernung der Aufsichtsperson vom Kind, Beobachtungsmöglichkeit, Aufenthaltsdauer des Kindes an der Schadenstelle): .....

.....

.....

Bei Beteiligung mehrerer Kinder: Welche anderen Kinder waren an der Entstehung des Schaden beteiligt? (Name und Anschrift)

.....

.....

Schäden an Kraftfahrzeugen:

Fahrzeugtyp bzw. Fabrikat: .....

Kennzeichen: .....

Wer ist Eigentümer bzw. Halter des Kfz? .....

Besteht für das beschädigte Fahrzeug eine Teil- oder Vollkaskoversicherung? Ja ☐ Nein ☐

Policennummer der Versicherung: .....

Personenschaden:

Wer wurde verletzt (gegebenenfalls abweichende Namen und Anschriften)?

.....

.....

Art, Umfang und Schwere der Verletzung: .....

.....

Befand sich die verletzte Person in ärztlicher Behandlung? .....

Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? .....

Zeugen (Name und Anschrift): .....

.....

Polizeiliche Meldung (vollständige Anschrift u. Aktenzeichen der Polizei): .....

.....

Schäden durch Tiere:

Gesamtzahl der gehaltenen ☐ Hunde: ..... (Anzahl) ☐ Pferde: ..... (Anzahl) ☐.sonstigen Tiere: ..... (Anzahl) Art.....

Beschreibung Ihres am Schaden beteiligten Tieres: Rasse, Farbe: ..... Geschlecht: .....

Alter: ..... Rufname: ..... Im Besitz seit? .....

Zu welchem Zweck halten Sie Ihr Tier? (z.B. Freizeitvergnügen, Beruf, Bewachung) .....

Wer hatte die Aufsicht über Ihr Tier? ..... War Ihr Tier angeleint? .....

Welche Ausbildung hat Ihr Tier? .....

Sonstiges zu Ihrem Tier: maulkorbpflichtig: Ja ☐ Nein ☐ Maulkorb getragen: Ja ☐ Nein ☐ Anzahl Vorschäden: .....

Wir weisen Sie darauf hin, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben Ihren Versicherungsschutz gefährden können. Bitte beachten Sie hinsichtlich der Einzelheiten die beiliegende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

....

Ort und Datum Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Hiermit bestätige ich, dass ich die beigefügte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

....

Ort und Datum Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Haftpflichtkasse Darmstadt –
Haftpflichtversicherung
des Deutschen Hotel- und
Gaststättengewerbes – VVaG
Sitz der Gesellschaft
Roßdorf b. Darmstadt
Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift:
Arheilger Weg 5, 64380 Roßdorf
Postfach 11 26, 64373 Roßdorf
Telefon: 0 61 54 / 6 01-12 70
Telefax: 0 61 54 / 6 01-22 88
E-Mail: info@haftpflichtkasse.de
Internet: www.haftpflichtkasse.de

Bankkonten:
Bank Schilling+Co. AG Darmstadt
(BLZ 790 320 38) 1870 7000
IBAN: DE02 7903 2038 0018 7070 00 SWIFT: BSHADE71
Postbank Frankfurt/Main
(BLZ 500 100 60) 38 08-609
IBAN: DE10 5001 0060 0003 8086 09 SWIFT: PBNKDEFF
Steuer-Nr. 045 223 10176

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Dr. Hubert-Ralph Schmitt
Vorstand:
Dieter Grathwohl, Vorsitzender
Karl-Heinz Fahrenholz
Roland Roider

HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

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 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 Obliegenheit 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 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 arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

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.

Haftpflichtkasse Darmstadt –
Haftpflichtversicherung
des Deutschen Hotel- und
Gaststättengewerbes – VVaG
Sitz der Gesellschaft
Roßdorf b. Darmstadt
Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift:
Arheilger Weg 5, 64380 Roßdorf
Postfach 11 26, 64373 Roßdorf
Telefon: 0 61 54 / 6 01-12 70
Telefax: 0 61 54 / 6 01-22 88
E-Mail: info@haftpflichtkasse.de
Internet: www.haftpflichtkasse.de

Bankkonten:
Bank Schilling+Co. AG Darmstadt
(BLZ 790 320 38) 1870 7000
IBAN: DE02 7903 2038 0018 7070 00 SWIFT: BSHADE71
Postbank Frankfurt/Main
(BLZ 500 100 60) 38 08-609
IBAN: DE10 5001 0060 0003 8086 09 SWIFT: PBNKDEFF
Steuer-Nr. 045 223 10176

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Dr. Hubert-Ralph Schmitt
Vorstand:
Dieter Grathwohl, Vorsitzender
Karl-Heinz Fahrenholz
Roland Roider