



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Potsdamer Platz 10
 10785 Berlin

Oder einfach per E-Mail an:

schaden@berlin-direktversicherung.de

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Haus-Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

SCHADENANZEIGE ZUR REISE-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
 bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können (lesen Sie hierzu auch den Abschnitt „Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“, auf Seite 7).

Angaben zur Reise:

- Reiseveranstalter: _____
- Reiseziel: _____

Angaben zum Schaden:

Anspruchsteller:

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Straße: _____ Nr.: _____
- PLZ: _____ Ort: _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mailadresse: _____

Wann und wo ereignete sich der Schaden:

- Schadentag: _____
- Uhrzeit: _____
- Straße: _____ Nr.: _____
- PLZ: _____ Ort: _____



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

Ausführliche Schilderung des Schadenherganges:

(Sofern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein separates Blatt. Vielen Dank.)

- **Skizze:** (Wenn Sie Fotos gemacht haben, schicken Sie diese bitte mit ein.)



Angaben zur polizeilichen Aufnahme:

- Wurde der Schaden von der Polizei aufgenommen? Nein Ja

Anschrift der Dienststelle: _____

Telefonnummer: _____ Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.: _____

- Wurde eine gebührenpflichtige Verwarnung ausgesprochen? Nein Ja nicht bekannt
- Wurde ein Straf- oder Bußgeldverfahren eingeleitet? Nein Ja nicht bekannt
 Wenn ja, gegen wen? _____

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

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Straße: _____ Nr.: _____
- PLZ: _____ Ort: _____
- Telefonnummer: _____
- Beteiligt als: _____

Verursachung:

- Mit welcher Begründung wird Ihnen oder einem Familienangehörigen ein Verschulden an der Schadenverursachung angelastet?

- Welche Person hat den Schaden verursacht?
 Geburtsdatum: _____
- In welchem Verhältnis stehen Sie zum Schädiger?

- Hat die geschädigte Person den Schaden Ihrer Meinung nach selbst verursacht?
 Nein Ja, weil: _____
- Sind gegen Sie Schadenersatzansprüche erhoben worden? (Bitte fügen Sie die Schriftstücke 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, und zwar:
 Name: _____
 Anschrift: _____
 Telefon-Nr.: _____



Angaben bei *Sachschäden*:

- Was für eine Sache wurde beschädigt? _____
- Worin besteht die Beschädigung? _____
- Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Gegenstände angeschafft worden?
 Wann? _____
 Zu welchem Preis? _____ 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 Schadens bereits abgenutzt und/oder beschädigt?
 Abgenutzt:
 Nein Ja, kurze Beschreibung: _____

 Beschädigt:
 Nein Ja, kurze Beschreibung: _____

- Hatten Sie oder Ihre Familienangehörigen die beschädigte Sache
 - gemietet, gepachtet, geliehen? Nein Ja
 - in Verwahrung genommen? Nein Ja
 - Handelt es sich um Kommissionsware? Nein Ja
 - Ist die gemietete, beschädigte Sache ein Gebäudebestandteil? Nein Ja
 - Hat sich der Schaden durch eine Tätigkeit (z.B. Reparatur) an dieser Sache ereignet? Nein Ja
- Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?
 Name/Firma: _____
 Anschrift: _____
 Telefon-Nr.: _____

Angaben zu weiteren Versicherungen:

- Bestand zum Schadentag für die beschädigte Sache eine weitere Versicherung?
 nicht bekannt Nein Ja, bei:
 Anschrift: _____
 Vertragsnummer: _____
 Glas- Feuer- Leitungswasser- Hausrat- oder Sonstige Versicherung
- Ist der Schaden dort gemeldet worden?
 Nein Ja, am: _____



Bei Personenschäden bitte beantworten:

- Vorname: _____
 - Nachname: _____
 - Geburtsdatum: _____
 - Straße: _____ Nr.: _____
 - PLZ: _____ Ort: _____
 - Telefonnummer: _____
 - derzeitige Beschäftigung: _____
 - Art und Umfang der Verletzung: _____

 - Welche Ärzte haben die Behandlung vorgenommen? _____

- (Name, Anschrift und Fachrichtung)
- War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? nicht bekannt Nein Ja
 Dauer der Behandlung: vom _____ bis _____
 Krankenhausaufenthalt: vom _____ bis _____
 Anschrift des Krankenhauses: _____
 - Ist die verletzte Person ledig verheiratet geschieden oder verwitwet?
 - Wie viele Kinder sind vorhanden? _____
 - In welchem Alter? _____
 - Welches ungefähre monatliche Einkommen hat die verletzte Person bzw. ihr Ehepartner?
 _____ EUR
 - Besteht ein Anspruch der verletzten Person auf Entschädigungen von dritter Seite (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder dergleichen)?
 nein ja
 Genossenschaft/Krankenkasse: _____
 Anschrift: _____

Erstattungskonto:

Kostenerstattungen überweisen wir ausschließlich auf das Konto des Geschädigten.

IBAN: _____
BIC: _____
Bankname: _____ **Land:** _____



Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| • Reise-Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> | • Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte | <input type="checkbox"/> |
| • Reisenachweise (z.B. Zugticket) | <input type="checkbox"/> | • Sterbeurkunde/Totenschein (im Todesfall) | <input type="checkbox"/> |
| • Behandlungsnachweise vom Arzt | <input type="checkbox"/> | • Erbschein (im Todesfall) | <input type="checkbox"/> |
| • Polizeiprotokoll | <input type="checkbox"/> | | |

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Hilfe.



Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Vers.-

Schaden-Nr.:

Nr.:

Belehrung 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

Schlusserklärungen:

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 BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort:

Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter