

Telefon national kostenfrei 0800 62 36 62 36
Telefon international +49 (0)89 62 36 62 36
Telefax national/international +49 (0)89 21 60 21 60
E-Mail schaden@vkb.de
www.versicherungskammer-bayern.de

Postanschrift
81550 München

Paketanschrift
Warngauer Straße 30 81539 München
Steinbühler Straße 4 – 6 90003 Nürnberg
Hermann-Köhl-Straße 2 93041 Regensburg
Mainzer Straße 32 – 34 66026 Saarbrücken

Schadenmeldung Haftpflicht

Unser Zeichen (bitte immer angeben)

Versicherungsnummer

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen sind Sie im Schadenfall verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit zu ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Soweit zumutbar haben Sie uns auch fristgerecht Belege vorzulegen.

Wird gegen diese Obliegenheiten vorsätzlich verstoßen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Bei einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung kann der Versicherungsschutz entsprechend des Verschuldensgrades ganz oder teilweise entfallen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grobfahrlässig verletzt haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt auch insoweit bestehen, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

Insbesondere ist folgendes zu beachten:

- Haben Sie einem Dritten einen Schaden zugefügt, geben Sie kein Schuldanerkennnis ab und erstatten den Schaden nicht – auch nicht teilweise – erstatten Sie den Schaden nicht selbst. Eine Leistungspflicht unsererseits besteht nur im Rahmen rechtlich begründeter Schadenersatzansprüche.
- Sie sind verpflichtet, alle möglichen Schritte zur Minderung des eingetretenen und Abwendung weiteren des Schadens zu ergreifen.
- Das Schadenformular darf nicht dem Anspruchsteller/Geschädigten zur Beantwortung überlassen werden.
- Werden Schadenersatzansprüche gegen Sie gerichtlich oder mittels Mahnbescheid geltend gemacht, informieren Sie uns sofort. Die weitere Prozessführung obliegt bedingungsgemäß dem Versicherer. Beauftragen Sie aus diesem Grund auch von sich aus keinen Rechtsanwalt.
- Ebenso informieren Sie uns unverzüglich über mögliche weitere Schadenursachen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, einen eigenen Schadenersatzanspruch mit allen formellen und rechtlichen Mitteln zu sichern. Soweit wir in solchen Fällen die Durchsetzung eines Schadenersatzanspruchs bei dem Schadenverursacher betreiben, sind Sie verpflichtet, uns hierbei zu unterstützen.
- Soweit möglich stellen Sie bitte sicher, dass beschädigte Gegenstände auf jeden Fall für eine weitere Besichtigung aufbewahrt werden. Zumindestens sollten Fotos gemacht werden, auf denen der Schaden ersichtlich ist.

| | |
|--------------------------------------|---------|
| Schadentag | Uhrzeit |
| Schadenort (Ort, Straße, Hausnummer) | |

Versicherungsnehmer

| | |
|--------------------|-------------------|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |

Wichtig für Rückfragen: bitte immer Telefon mit Vorwahl angeben

Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit / Art des Betriebes

Wenn im öffentlichen Dienst beschäftigt (Dienststelle)

| | | |
|----------|--------|---------|
| tagsüber | abends | Telefax |
|----------|--------|---------|

* zusätzlich bei Schadenverursachung durch Familienangehörige / sonstige Mitversicherte

| | | |
|--------------------|-------------------|---------------|
| Name | Vorname | |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort | |
| Beruf | Geburtsdatum | Familienstand |

Stellung zum Versicherungsnehmer

Geschädigte Person

| | |
|--------------------|-------------------|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |

Wichtig: deren Telefon mit Vorwahl angeben

Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit

Alter / Familienstand (soweit bekannt)

Ist die geschädigte Person mit Ihnen verwandt/verschwägert?

| | | |
|----------|--------|---------|
| tagsüber | abends | Telefax |
|----------|--------|---------|

| | |
|-------|---------------|
| Alter | Familienstand |
|-------|---------------|

nein ja, wie?

nein ja

Lebt sie mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?

Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person ein Arbeits- oder sonstiges Vertragsverhältnis?

nein ja, welches?

* zusätzlich bei Minderjährigen: gesetzliche/r Vertreter

| | |
|--------------------|-------------------|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |

Schadenhergang

Bitte schildern Sie den Hergang/die Umstände des Unfalls ausführlich. Reichen Sie uns bitte Fotos ein, auf denen der Schaden bzw. das Schadenausmaß deutlich zu erkennen ist.

| |
|--|
| |
| |
| |

Schuldfrage

Messen Sie sich selbst bzw. dem Schadenverursacher eine Schuld an dem Schadenfall bei?

nein ja, inwiefern?

Trifft die geschädigte Person selbst ein Verschulden?

nein ja, inwiefern?

Von welcher Polizeidienststelle wurde der Schadenfall aufgenommen?
(Bitte Aktenzeichen angeben)

Welche Personen haben den Schadenhergang beobachtet?
(bitte Namen und Anschriften angeben)

Nur bei Personenschäden ausfüllen

Art der Verletzungen

Erfolgte stationäre Krankenhausbehandlung?

nein ja

Nur bei Sachschäden ausfüllen

Welche Sachen wurden beschädigt?

Worin besteht die Beschädigung?

Waren die beschädigten Sachen bei Eintritt des Schadenfalls

neu sehr gut erhalten gebraucht stark abgenutzt

Wann und zu welchem Preis wurden sie angeschafft?

€

Waren die beschädigten Sachen von Ihnen
oder

gemietet gepachtet geliehen verwahrt

Gegenstand einer gewerblichen/beruflichen Tätigkeit?
(z.B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung)

nein ja, nämlich

Besteht für die beschädigten Sachen eine Versicherung?
(z.B. Feuer-, Leitungswasser-, Glas-, Hausrat-, Vollkasko-,
Teilkasko-Versicherung)

nein ja Versicherungsart

bei Versicherungsnummer

Ersatzansprüche

Anschrift des Anspruchstellers (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der geschädigten Person)

Name

Straße, Hausnummer

Vorname

Postleitzahl, Ort

Werden Ersatzansprüche gegen Sie erhoben?

nein ja, in welcher Höhe? €

Halten Sie den geforderten Betrag für überhöht?

nein ja

Wenn ja, aus welchem Grund?

Welchen Betrag halten Sie für angemessen?

€

Sind Sie damit einverstanden, dass eine eventuelle Entschädigung
direkt an den Anspruchsteller gezahlt wird?

nein ja

Wenn nein, aus welchem Grund?

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Hinweis für den Schadenfall: Die zur Schadenbearbeitung erforderlichen Daten der Beteiligten haben wir gespeichert. Die allgemeinen Daten führen die zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern gehörenden Unternehmen in gemeinsamen Datensammlungen.