

13	Schaden wurde verursacht durch:	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Tier / Rasse:			amtliches Kennzeichen:	
14	Bei polizeilicher Aufnahme:	Aktenzeichen:			Anschrift:	
15	(Zeugen) Name, Vorname:			(andere Beteiligte) Name, Vorname :		
	Straße, Nr., PLZ, Ort			Straße, Nr., PLZ, Ort		
	Geburtsdatum:			Geburtsdatum:		
	Telefon:		Mobil:	amtliches Kennzeichen des anderen Beteiligten:		
weitere Zeugen oder Beteiligte bitte auf gesondertem Blatt vermerken			Telefon:		Mobil:	
Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (Bitte soweit möglich, Belege beifügen):						
16	Bezeichnung der beschädigten Sachen	Art und Umfang der Beschädigung:		Anschaffungsdatum	Anschaffungspreis in Euro	Instandsetzungskosten bzw. Schadenhöhe in Euro
						nicht reparabel
17	Eigentümer der beschädigten Sache:					
18	Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei / wurde besichtigt von: (Zutreffendes bitte unterstreichen)					Telefon
19	Die beschädigte Sache war vom Versicherungsnehmer:	gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/>		Ereignete sich der Schadenfall während Ihrer beruflichen Tätigkeit? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
20	Bei Ansprüchen aus Personenschäden:		Anrede/Titel, Name, Vorname			
			Straße, Nr., PLZ, Ort			
	Geburtsdatum:		Familienstand		Anzahl und Alter der Kinder	
	ausgeübter Beruf:		led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/>		angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>	
	Name des Arbeitgebers, Anschrift:		Telefon (Vorwahl-) Nr.			
21	Art und Umfang der unfallbedingten Verletzungen:					
22	War der Sicherheitsgurt bzw. Helm angelegt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
23	Unfallbedingter Krankenhausaufenthalt:	vom: 2 0		bis (voraussichtlich): 2 0		
24	Name und Anschrift des Krankenhauses:	Name				Telefon (Vorwahl-) Nr.
		Straße, Nr., PLZ, Ort				
25	Name und Anschrift des ambulanten behandelnden Arztes: (weitere Ärzte ggf. auf gesondertem Blatt vermerken)	Name				Telefon (Vorwahl-) Nr.
		Straße, Nr., PLZ, Ort				
26	Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?					
27	Lag ein Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
28	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?					

Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet.

Unter Beachtung der Vorschriften des Datenschutzgesetzes werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten gespeichert, an die betroffenen Rückversicherer sowie den betreffenden Versicherungsverband zum gleichen Zweck übermittelt, soweit dies erforderlich ist. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Besondere Belehrung: Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles 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 (Aufklärungsobliegenheiten). 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 Obliegenheiten 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 Versicherungsfalles 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.

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 verpflichtet.

Ort und Datum		Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers	
Vermittler	Vermittler-Nr.	Weitere Versicherungen bei der GVO?	
Wann wurde Ihnen der Schaden gemeldet? Datum / Unterschrift des Vermittlers			
Tag:	Uhrzeit:		