

Schadensnummer

_____ - _____

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Ludmillastraße 26 · D - 81543 München
Telefon: +49.89.6 24 24-0
Telefax: +49.89.6 24 24-222
E-Mail: sachschaden@allianz-assistance.de

Global Assistance



Schadenmeldung Haftpflicht-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

1. Angaben zu Ihrer Person:

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

Herr Frau Vorname(n)

Straße

PLZ / Ort

Arbeitsstätte

Telefon privat

Geburtsdatum

Name(n)

Nummer / Adresszusatz

Land

Beruf

Telefon tagsüber

E-Mail

2. Angaben zur Versicherung:

Veranstalter (z. B. StepIn, Mawista, TravelWorks)

Versicherungsschein-Nr. (falls bekannt)

Versicherungsabschluss

Reise- / Aufenthaltsbeginn

Reise- / Aufenthaltsende

Bestand eine Vorversicherung? Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

3. Angaben zur Person des Geschädigten:

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

Herr Frau Vorname(n)

Straße

PLZ / Ort

Arbeitsstätte *

Telefon privat *

Geburtsdatum *

Name(n)

Nummer / Adresszusatz

Land

Beruf *

Telefon tagsüber *

E-Mail *

▶ * = falls bekannt

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

Nein Ja

Falls Ja, welches Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis?

Wohnen Sie bei der/dem Geschädigten?

Nein Ja

Wenn Ja, vorübergehend

von _____ bis _____

_____ bis _____

oder während des gesamten Aufenthalts?

Nein Ja

5. Welcher Stelle haben Sie den Schaden gemeldet?

Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Anzeigenbestätigung, Feuerwehrprotokoll etc.) im Original ein!

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

am | | | | | | | | | |

um | | : | | | Uhr

Feuerwehr 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

6. 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? €

7. 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:

8. Angaben zu Personenschäden:

Welche Verletzungen hat die geschädigte Person erlitten:

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Unfallort / 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

9. Angaben zu weiteren Versicherungen:

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Haftpflicht-Versicherung?

Nein

Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Haben Sie den Schaden dort gemeldet?

Nein

Ja

10. Bankverbindung

Name des Kontoinhabers:

wie 1. **Anderer Empfänger:**

Vorname

Name

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN

Swift- / BIC-Code

11. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 WVG):

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

Ort / Datum

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

Claim Reference No.:

_____ - _____

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland (Germany branch)
Claims Department
Ludmillastr. 26 · D - 81543 Munich
Phone: +49.89.6 24 24-0
Fax: +49.89.6 24 24-222
e-mail: sachschaden@allianz-assistance.de

Global Assistance



Claim Form for Liability Insurance

Please complete in full.

1. Personal details:

Please write your name in full.

Mr Ms _____
First name(s)

Street _____

Postcode / Place _____

Place of work _____

Telephone (home) _____

Date of birth _____

Surname(s) _____

Street Number _____

Country _____

Profession _____

Telephone (daytime) _____

e-mail _____

2. Details of the insurance:

Operator (e.g. Stepln, Mawista, TravelWorks) _____

Taking out of insurance _____

Commencement of journey / stay _____

End of journey / stay _____

Policy number (if available) _____

Was there any previous insurance? No Yes

Insurance company (Name) _____

Policy number _____

Address of the insurance company _____

3. Personal details of the person who suffered the damage:

Please write the name in full.

Mr Ms _____
First name(s)

Street _____

Postcode / Place _____

Place of work * _____

Telephone (home) * _____

Date of birth * _____

Surname(s) _____

Street Number _____

Country _____

Profession * _____

Telephone (daytime) * _____

e-mail * * = if available

Are you and the person who suffered the damage related?

No Yes

If yes, how are you related?

Are you living with the party who suffered the damage?

No Yes

If yes, temporarily

_____ from _____

_____ till _____

or during the entire stay?

No Yes

5. Who did you report the damage to?

 Please submit appropriate documentation (e.g. police report, confirmation that an incident has been reported to the police, fire brigade report etc.) as originals.

Police (place and address of police station, and possibly the name of contact)

Date

Time : o'clock

Fire brigade or any other office (name, address, and possibly the name of contact)

Date

Time : o'clock

Did anyone see the incident and / or can they testify to what happened?

No Yes

Mr Ms

First name / Surname Witness

Address

6. General information about the damage:

 Please submit the written notice of the claim, bills, receipts etc. as originals.

Have claims for damages already been filed against you?

No Yes

If yes, when?

verbally

in writing

Amount of the claims filed €

Did you acknowledge your liability for damages to the person who suffered the damage?

No Yes

Have you already made payments to the person who suffered the damage?

No Yes

Do you consent to the compensation being paid to the person(s) who suffered the damage or to a third party authorised to receive the compensation in the event of your liability for damages?

No Yes

If yes, at what amount? €

7. Details on the property damage:

What item was damaged?

Please give a brief description of the type and extent of damage:

Can the item be repaired?

No Yes

How high do you estimate the property damage?

€

What was the purchase price of the damaged item?

€

Date of purchase of the damaged item

Was the damaged item

rented

leased

borrowed

held in safe custody by you?

Please provide further details in this connection:

8. Details on personal injuries:

What injuries did the affected person suffer:

Which doctors treated the injured person at the place of accident / place of damage?

Name and address of the doctor in charge

Name and address of another doctor or specialist

Which doctor treats the injured person since the return at home? *

Name(s) and address(es)

Age of the injured person: *

Family status of the injured person: *

Health insurance of the injured person: *

▶ * = if available

9. Details of further insurances:

Is or was there any other liability insurance?

No

Yes

Insurance company (Name)

Policy number

Address of the insurance company

Did you report your damage to them?

No

Yes

10. Bank account

Name of account holder:

see 1. **Other beneficiary:**

First name

Surname

Account number

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bank code

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name of Bank

For transfers from abroad:

IBAN

Swift- / BIC-Code

11. Instructions on duty to tell the truth (Section 28 of the German Insurance Contract Act [VVG]):

The above details are true and have been given to the best of my knowledge. I have noted that intentionally false or incomplete details can result in a loss of insurance benefits and false or incomplete details provided through gross negligence can – depending on the seriousness of my fault – result in a reduction of insurance benefits, unless these details were not the cause of the determination of the insured event or the determination or the scope of the insurance company's liability for insurance benefits. The latter restriction shall not apply if the false or incomplete details were fraudulently provided by me.

Place / Date

Signature (Minors require the signature of a parent or guardian)