

# Glas-Schadenanzeige

HAFTPFLICHTKASSE  
DARMSTADT



**Versicherungsschein-Nr.:**  
(bitte unbedingt angeben)

Haftpflichtkasse Darmstadt - Postfach 1126 - 64373 Roßdorf

<b>Schadentag</b>	<b>Uhrzeit</b>
<b>Schadenort</b> (ggf. Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen?	
Kontoinhaber: .....	
Geldinstitut: .....	
IBAN: .....	
BIC: .....	

**Namens- oder Adressänderung bitte hier vermerken:**

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

Anschrift: .....

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

E-Mail: .....

**Schadenschilderung** (ggf. mit Skizze) Bitte beschreiben Sie die Geschehnisse möglichst genau (ggf. auf ges. Blatt):

.....

.....

- Die beschädigte Scheibe befindet sich in einem  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus im ..... Stockwerk
  - Meine Wohnfläche beträgt ..... qm
  - In welchem Raum befindet sich die Scheibe? .....
  - Größe der Scheibe? (Höhe)..... cm x (Breite)..... cm, Stärke..... cm (nur bei Tischplatten)
  - Glasart?  Mehrscheiben-Isolierverglasung  Glaskeramikkochfeld  Aquarien/Terrarien  Kunststoff  sonstiges .....
  - Bei Glaskeramikkochfeldern: Hersteller....., Modell....., Typenbezeichnung.....
  - Verwendungszweck:  Wohnungseingangstür  Haustür  Zimmertür  Wohnungsfenster  Treppenhausfenster  Tisch-, Glasplatte  sonstiges.....
  - Rahmenart?  Holz  Kunststoff  Metall  ohne Rahmen
  - Sofern der Schaden durch Sturm/Hagel entstanden ist, besteht eine Gebäude-Sturmversicherung?  nein  ja, Gesellschaft.....
  - Art der Beschädigung Vers.-Nr.:.....  Bruch/ Riss durch die gesamte Dicke des Glases  Kratzer/ Schrammen/ Muschelausbruch  undichte Randverbindung
  - Ist der Reparaturauftrag bereits erteilt?  nein  ja, am .....
  - Ist der Schaden bereits repariert?  nein  ja, am .....
  - Bestehen oder bestanden weitere Glasversicherungen?  nein  ja, Gesellschaft.....
- Vers.-Nr.:.....

**Bitte reichen Sie uns die Reparaturrechnung oder ein Kostenangebot über die Reparatur ein.**

**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 72  
Telefax: 0 61 54 / 6 01-22 02  
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 BIC: BSHADE71  
Postbank Frankfurt/Main  
(BLZ 500 100 60) 38 08-609  
IBAN: DE10 5001 0060 0003 8086 09 BIC: PBNKDEFF  
Steuer-Nr. 045 223 10176 / VersSt-Nr. 9116 807 01050

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

## **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, Vorlage von Belegen**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### **Leistungsfreiheit**

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.