HaspaJoker

Schadenformular Carsharing

HaspaJoker-Servicecenter
Postfach 570221
22771 Hamburg

Daten versicherte Person (Mieter laut Mietvertrag)

Anrede ☒ Frau ☐ Herr ☐ Divers
Titel
Vorname
Name
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Telefonnummer
E-Mail
Geburtsdatum
Schadennummer
Wird vom Versicherer ausgefüllt

Angaben zum Schaden

Name des Carsharing-Anbieters, über den das Fahrzeug gebucht wurde
Mietvertragsnummer
Forderung/Höhe des Selbstbehaltes beim Carsharing-Anbieter in Euro
Zweck der Anmietung
Schadenort
Schadenmeldedatum
Schildern Sie bitte kurz den Schadenvorgang

Kontoverbindung

IBAN
BIC
Kreditinstitut

Führerscheindaten

Nummer
Ausstellungsdatum
Ausstellungsort

Gebühren durch unbefugte Nutzung?

Bestehen Schadenersatzansprüche zivilrechtlicher Art gegen Dritte ☐ Ja ☒ Nein
Bestehen andere Versicherungen, bei denen der Ersatz Ihres Schadens geltend gemacht werden kann? ☐ Ja ☒ Nein

Beizufügende Unterlagen

☐ Kopie der Schadenanzeige
☐ EC-/Kreditkartenbeleg, sowie ein Kontoauszug (wenn mit Karte bezahlt wurde)
☐ Anschreiben und Rechnung des Carsharing-Anbieters mit der Forderung des angefallenen Selbstbehaltes

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

HaspaJoker

Schadenformular Carsharing

Einzureichende Dokumente:
Sie sind verpflich et, uns alle das Schadensereignis betreffenden Unterlagen (z. B. **Mietvertrag, polizeiliche Unfallmeldung/ Unfallprotokoll, Nachweis der Zahlung des Selbstbehaltes** etc.) zur Verfügung zu stellen.

Ermittelt die Polizei, die Staatsanwaltschaft oder eine andere Behörde im Zusammenhang mit dem Schadensereignis, sind Sie verpflich et, uns dies und den Fortgang des Verfahrens (**zum Beispiel Strafbefehl, Bußgeldbescheid**) unverzüglich anzuzeigen, auch wenn Sie uns das Schadensereignis bereits angezeigt haben.

Hinweis zu den Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Eintritt des Versicherungsfalls

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Gesetzgeber verpflich et uns dazu, Sie nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu belehren. Im Folgenden kommen wir dieser Verpflich ung nach. Wir informieren Sie darüber, welche Pflich en Sie uns als Versicherungsunternehmen gegenüber haben. Gleichzeitig erklären wir Ihnen, was geschieht, wenn Sie Ihren vertraglichen Verpflich ungen nicht nachkommen.

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 er orderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflich 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 den 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 verpflich et, 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 u sächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflich ung 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 verpflich et.

Ort, Datum

Unterschrift 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 Versicherungsfalls habe ich zur Kenntnis genommen.
Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Dritten (z. B. Unfallverursacher/Haftpflichtiger) in Höhe de von der Deutschen Assistance Versicherung AG gezahlten Leistungen an die Deutsche Assistance Versicherung AG ab.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter