

# Schadenmeldung

## Reisehaftpflicht-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

**ACHTUNG:**  
 Neue Anschrift für  
 den Postversand  
**ab 01.10.2025:**  
**10848 Berlin**

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland  
 Schadenabteilung  
 Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München  
 Tel: +49.89.6 24 24-298 · Fax: +49.89.6 24 24-188  
 E-Mail: sachschaden-awpde@allianz.com

### 1. Angaben zu Ihrer Person:

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

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
Straße		Nummer / Adresszusatz	
PLZ / Ort		Land	
Telefon / Mobil		E-Mail	
Geburtsdatum			

### 2. Bankverbindung

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1. Empfänger:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Name
Kreditinstitut		
IBAN (bis max. 34 Stellen)		Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

### 3. Angaben zur Versicherung:

▶ Bitte reichen Sie Ihren Versicherungsschein, die Versicherungs- / Buchungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) und Ihre Reisebestätigung jeweils in Kopie ein!

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)	Versicherungsschein-Nr. / Kreditkarten-Nr. inklusive Kreditinstitut	
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende	Versicherungsdauer (Tage)

### 4. Angaben zur Person des Geschädigten:

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

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
Straße		Nummer / Adresszusatz	
PLZ / Ort		Land	
Telefon / Mobil *		E-Mail *	
Geburtsdatum *		▶ * = falls bekannt	

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

Nein  Ja

Falls Ja, welches Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis?

Lebt der/die Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?

Nein  Ja



## 6. Welcher Stelle haben Sie den Schaden gemeldet?

Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reise- oder Hotelleitung etc.) im Original ein!

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

am | | | | | | | | | |

um | | : | | | Uhr

Reise- / Hotelleitung 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

## 7. 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? €

## 8. 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:

## 9. Angaben zu Personenschäden:

Welche Verletzungen hat die geschädigte Person erlitten:


Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Urlaubsort / 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

## 10. 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

## 11. Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Indem Sie uns anlässlich Ihres Versicherungsfalles Gesundheitsdaten mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

## 12. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG)

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Ort / Datum

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