

Nombre y domicilio del cliente

Por favor, rellene todos los campos y envíelo a

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Notificación de daños en relación al seguro obligatorio de viaje _____
Nº de póliza _____

Estimado cliente,
le rogamos que responda a las preguntas de manera detallada y completa. De esta manera nos facilitará la tramitación de su caso. Muchas gracias por su ayuda.

I. Información sobre los daños:

Suscriptor de la póliza: En caso de que el domicilio que se indica arriba no sea correcto, por favor, indíquenos su nuevo domicilio.

Nº de teléfono (de día): _____ Fax, E-Mail: _____

Solicitante:

Apellidos: _____ Nombre: _____

Calle: _____ CP/Localidad: _____

Nº de teléfono (de día): _____ Fax, E-Mail: _____

¿Cuándo y dónde se originaron los daños?

Fecha: _____ Hora: _____

CP/Localidad/Calle: _____

Relación con el solicitante:

¿Existe entre usted y el/la afectado/a un/una:

vínculo familiar o parentesco?

No Sí, ¿cuál? _____

relación laboral, salarial o cualquier tipo de contrato?

No Sí, ¿cuál? _____

¿Viven bajo el mismo techo?

No Sí

II. Descripción detallada del daño:

(Si necesita más espacio, le rogamos que utilice otra hoja separada. Gracias.)

Boceto: Si dispone de fotografías, le rogamos que las adjunte.

III. Información sobre el parte policial:

¿Redactó la policía un parte sobre los daños? No Sí
Dirección de la comisaría: _____
Teléfono: _____ Nº de acta/registro: _____
¿Hubo un apercibimiento sujeto a tasas?
 no sabe No Sí, contra _____
¿Se inició procedimiento penal o sancionador?
 no sabe No Sí, contra _____

IV: Testigos: (En caso de que haya más testigos, por favor, indíquelos, con su domicilio, en una hoja separada. Gracias.)

Nombre: _____
Calle: _____
CP/Localidad: _____
Teléfono: _____
Implicado como: _____

V: Causas:

¿En qué se fundamenta la acusación a usted o a un familiar/compañero de trabajo de causar los daños?

¿Quién causó los daños? _____
Fecha de nacimiento: _____ Profesión: _____
¿Qué funciones tiene el causante dentro de la empresa? _____
En su opinión, ¿ha originado el dañado él mismo los daños?
 No Sí, porque _____
¿Se ha interpuesto contra usted una demanda de compensación de daños? (Por favor, adjunte los documentos)
 hasta la fecha, no No Sí, fecha: _____ por: _____
¿Está usted de acuerdo con abonar una posible compensación al solicitante?
 Sí No, porque _____
¿Va a interponer usted también una demanda? No Sí, contra
¿Ha contratado usted un abogado? No Sí
En caso afirmativo, nombre, domicilio, teléfono:

VI: Información sobre daños materiales (rellenar también si son daños en animales):

¿Qué objeto fue dañado? _____
 ¿En qué consiste el daño? _____
 ¿Cuándo y por qué precio se adquirieron los objetos dañados? _____ EUROS
 ¿Cree que es posible una reparación? No Sí no sabe
 ¿Qué cantidad estima para los daños? _____ EUROS
 ¿Estaba el objeto dañado, antes de ocasionarse los daños, utilizado y/o dañado?
 utilizado: No Sí, pequeña descripción o dañado: No Sí, pequeña descripción

El objeto dañado, usted o sus familiares/compañeros de trabajo ¿lo habían
 alquilado, arrendado, tomado prestado? No Sí
 tomado bajo custodia? No Sí
 ¿Se trata de mercancías en consignación? No Sí
 ¿Si el objeto dañado es alquilado, es parte de un edificio? No Sí
 ¿Se ha originado el daño por una actividad (por ejemplo, trabajos, reparaciones, inspecciones)?
 No Sí
 ¿Dónde se puede ver el objeto dañado?
 Nombre/Empresa: _____ Teléfono: _____
 Calle: _____ CP/Localidad: _____

VII. Información sobre otras pólizas de seguro

El día en que se causó el daño en el objeto, ¿había suscrita alguna otra póliza de seguro?
 no sabe No Sí, con _____
 Domicilio: _____ Nº de póliza: _____
 cristales incendios agua corriente enseres domésticos u otra póliza: _____
 ¿Se le ha notificado el daño? No Sí, fecha _____

VIII. Información sobre daños personales:

Nombre y domicilio de la persona herida: _____
 Fecha de nacimiento del herido: _____
 ¿En qué consiste la lesión? _____
 ¿Qué médico trató o trata a la persona herida? Nombre, domicilio, especialidad:

 ¿Fue necesario el ingreso en el hospital? No Sí no sabe
 Periodo (desde/hasta): _____ Hospital: _____
 Dirección: _____
 ¿La persona herida es soltera, casada, divorciada, viuda? _____
 ¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿De qué edades? _____
 ¿Qué ingresos aproximados tiene esta persona o su pareja? _____ EUROS/mes
 ¿Ha presentado la persona herida demanda de compensación a través de terceros (seguridad social, unión sindical o similar)? No Sí, a través de _____

X. Le rogamos nos envíe (aparte de las pruebas de que existe responsabilidad y cobertura) los siguientes documentos, para que podamos tramitar su caso:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> la póliza de seguro | <input type="checkbox"/> la/s factura/s de reparación <u>en original</u> |
| <input type="checkbox"/> la confirmación de reserva de la agencia de viajes (copia) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> el comprobante, por ejemplo, billete de avión, de tren | <input type="checkbox"/> Rogamos tenga el objeto preparado para una inspección |
| <input type="checkbox"/> la/s factura/s de compra <u>en original</u> | <input type="checkbox"/> Si los costes de reparación exceden los _____ EUROS, rogamos se ponga en contacto con nosotros lo antes posible para que se haga un peritaje |

Por favor, no grape los documentos adjuntos.

Nº de póliza/proceso/reserva: _____
Rogamos lo indique si no lo ha hecho antes

Daño nº: _____
Rogamos lo indique si lo conoce

XI. Aviso sobre las consecuencias de infringir las obligaciones de la incidencia

Información sobre el artículo 28, sección 4 de la VVG (Ley alemana del Contrato de Seguro)

Estimado/a cliente:

Cuando se produce una incidencia, necesitamos su colaboración.

Obligación de informar y esclarecer

Debido al acuerdo contractual que hemos suscrito con usted, al producirse una incidencia, podemos exigirle que proporcione cualquier información que se requiera para la constatación de la incidencia o el alcance de nuestra obligación de cumplimiento (obligación de informar) y también que nos facilite la valoración experta de nuestra obligación de cumplimiento, dándonos todos los datos necesarios para el esclarecimiento de los hechos (obligación de esclarecer). También podemos exigirle que ponga a nuestra disposición justificantes/documentos, siempre que le sea posible hacerlo.

Libertad de cumplimiento

En caso de que usted, a pesar del acuerdo contractual, no informe u ofrezca información falsa, o no nos proporcione los justificantes/documentos que le exigimos, perderá su derecho a la compensación del seguro. En caso de que usted actúe con negligencia grave contra estas obligaciones, no perderá la totalidad de la compensación, pero podemos recortar la misma en la proporción de la gravedad con que haya actuado. Este recorte no se producirá si demuestra que no ha actuado con negligencia grave contra su obligación.

Aunque se produzca un incumplimiento de su obligación de informar o de esclarecer, o si no proporciona los justificantes/documentos, seguimos estando obligados al cumplimiento, siempre que usted demuestre que el incumplimiento de su obligación, sea consciente o negligente, no obstruyó la constatación de la incidencia ni el alcance de nuestra obligación de cumplimiento.

Si incumple su obligación de informar, de esclarecer o de proporcionar los justificantes/documentos con alevosía, nos liberará en cualquier caso de nuestra obligación de cumplimiento.

Aviso:

Si no es usted, sino un tercero el que tiene derecho a la prestación contractual, el mismo también tiene obligación de informar, de esclarecer y de proporcionar justificantes/documentos.

XII. Declaraciones finales

Declaro que los datos proporcionados en este formulario son veraces y completos. Soy consciente de que si los datos son falsos o incompletos puedo perder la cobertura del seguro. He leído los avisos en cuanto al artículo 28, sección 4 de la Ley alemana del Contrato de Seguro acerca de las consecuencias de incumplir las obligaciones tras haberse producido la incidencia.

Además, traspaso mis derechos y pretensiones contra el causante de la incidencia/responsable, o contra mi seguridad social legal/seguro médico privado en la cantidad de los servicios prestados por HanseMerkur Reiseversicherung AG a HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Lugar: _____ Fecha: _____

Firma del suscriptor de la póliza y la persona asegurada o su representante legal