Fragebogen für Anspruchsteller

Anlage S 1

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer		Agenturnummer				Schadennummer				
	L	1				Nai	ne des Anspr	uchstelle	rs/Fahr	ers	
	Kontonummer	Bankleitzahl		Gel	dinstitut		Telefoi	ı (tagsüb	er)		
						Í					
1. Fragen zum Schaden	Schadentag/Uhrzeit	Schadenort	Schadenort Straße			☐ innerhalb☐ außerhalb der Ortschaft					
	Fand eine polizeiliche Schadenaufnahme statt?	Dienststelle	nststelle Tagebuchnummer			ımer	☐ Verwarnung/Anzeige gegen				
	☐ ja ☐ nein Zeugen (bitte genaue Anschriften)						⊔ VN	□ VN / Fahrer □			
2. Schadenschilderung/ -hergang/Skizze (mit Angabe der Straßenverhältnisse, Verkehrszeichen usw.)	<u></u>				P	×			X	→	
			Fußgär	iger	Baum	Schadenstelle	Pkw	Lki	W	Fahrrad	
	L										
	11.10 - 61 - 1.11 - 1.10 1	1	Div. I		: 1 6:	l: A . C .					
	Halten Sie sich hinsichtlich entstandener Schäden für verantwortlich? □ nein □ teilweise □ ja		Fremo	Bitte kennzeichnen Sie die Anstoß Fremd- fahrzeug			stellen: Eigenes Fahrzeug				
3. Versicherungsnehmer	Name	Vorname	Straße/Ha						hl, Wohnort		
	∟ Versicherungsschein-Nr.	Fahrzeug □ Pkw □ Lkv	ahrzeug] Pkw Lkw Kraftrad		Fabrikat Type		Amtlic	Amtliches Kennzeichen			
4. Schädiger/Fahrer (wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Name	Vorname		Stra	Straße/Hausnummer			Postleitzahl, Wohnort			
5. Ansprüche wegen Sachschäden (s. auch bei Kfz-Schäden zusätzlich Ziff. 6)	Was wurde beschädigt? Art und Umfang de					ung der Beschä	Beschädigung?				
	Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederher- voraussichtliche Reparatistellungskosten in DM/EUR					he Reparaturd	auer?				
	Frühere Schäden (auch sofern repariert), Zahl und Umfang										
	Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? Telefon										

5. Fortsetzung	Hat eine Besichtigung bereits stattgefunden?	□ ja	□ nein	Gegebenenfalls durch wen?						
	Wann ist die beschädigte Sache angeschafft worden?			Zu welchem Preis? (Bitte Anschaffungsrechnung beifügen)						
	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?	1								
	Gehört Sie zum Betriebs- vermögen?	□ ja	☐ nein	lst der Eigentümer vorsteuer- abzugsberechtigt (MwSt)?	☐ ja ☐ nein					
	Ist die Sache geleast/gemietet?	□ ja	☐ nein	Anschrift Leasinggeber/Vermieter:						
	Ist die beschädigte Sache versichert?	□ ja	☐ nein	Wurde die Versicherung in Anspruch genommen?	☐ ja ☐ nein					
	Name und Anschrift des Versich	erers:			Versicherungsschein-Nr.					
6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich	Fahrzeugart	Fabrikat 1		Baujahr	Km-Stand					
Zusuziren	Amtliches Kennzeichen	Wieviel	e Vorbesitzer sind im Kı							
Bestehende Ver- sicherungen	Insassenunfall-Versicherung	Versich	erungsgesellschaft		Versicherungsschein-Nr.					
	Haftpflicht-Versicherung Versicherungsgesellschaft				Versicherungsschein-Nr.					
	Vollkasko-Versicherung *)	Versich	erungsgesellschaft	Selbstbeteil. DM/EUR	Versicherungsschein-Nr.					
	Teilkasko-Versicherung **)	Versich	erungsgesellschaft	Selbstbeteil. DM/EUR	Versicherungsschein-Nr.					
	*) Wurde diese in Anspruch genommen?	□ ja	□ nein	**) Wurde diese in Anspruch genommen?	☐ ja ☐ nein					
	Verkehrs-Service-Versicherung bzw. Schutzbrief-Versicherung	Versich	erungsgesellschaft	☐ Inland ☐ Ausland	Versicherungsschein-Nr.					
	Creditkarten-Versicherun g	Versich	erungsgesellschaft		Versicherungsschein-Nr.					
Hinweis	Falls kein Totalschaden vor- liegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminde- rungspflicht sofortige Inan-	emp for durch v	hme der Reparatur nlen. Ein Schaden, der erspätete Auftrags- g entsteht, geht nicht	zu Lasten des Schädigers. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hin- zuweisen, daß die Rechnung	unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Hersteller- werke ausgestellt wird.					
7. Ansprüche wegen Personenschäden	Name und Anschrift des Verletzten									
	Geburtsdatum	Familie	nstand	Zahl/Alter der Kinder	Ausgeübter Beruf					
	⊥ Selbständig? □ ja □ nein	Adresse des Arbeitgebers		I	Monatl. Nettoeinkommen DM/EUR					
	Unfallunabhängiger Renten- bezug? □ ja □ nein	Wenn ja, von wem?		In welcher Höhe?	Lag ein Berufs- oder Wege- unfall vor? ☐ ja ☐ nein					
	Art und Umfang der Verletzung	g?			Berufsgenossenschaft					
	Waren Sie Kfz-Insasse? □ ja □ nein		Sie angeschnallt? □ nein	Waren Sie Kradfahrer/Beifahrer □ ja □ nein	? Trugen Sie einen Helm?					
	Stationäre Behandlung (Krankenhaus)	von	bis	Anschrift des Krankenhauses						
	Ambulant behandelnde Ärzte									
	<u>ı</u> Hauskrank	von	bis	Zuständige Krankenkasse						
	Sind Sie rentenversichert? □ ja □ nein				Welche Ansprüche werden erhoben?					
Wichtiger Hinweis	Hiermit entbinde ich alle oben Ärzte/Krankenhäuser von der S			Unterschrift des Verletzten/der gesetzlichen Vertreter						
Unterschriften	Ort, Datum			Unterschrift des Anspruchsteller	s					