

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| 5. Fortsetzung | Hat eine Besichtigung bereits stattgefunden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gegebenenfalls durch wen? | | |
| | Wann ist die beschädigte Sache angeschafft worden? | am | Zu welchem Preis? (Bitte Anschaffungsrechnung beifügen) | | |
| | Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? | | | | |
| | Gehört Sie zum Betriebsvermögen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ist der Eigentümer vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | Ist die Sache geleast/gemietet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Anschrift Leasinggeber/Vermieter: | | |
| | Ist die beschädigte Sache versichert? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde die Versicherung in Anspruch genommen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | Name und Anschrift des Versicherers: | | | Versicherungsschein-Nr. | |
| 6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich | Fahrzeugart | Fabrikat | Baujahr | Km-Stand | |
| | Amtliches Kennzeichen | Wieviele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? | | | |
| | Bestehende Versicherungen | Insassenunfall-Versicherung | Versicherungsgesellschaft | | Versicherungsschein-Nr. |
| | | Haftpflicht-Versicherung | Versicherungsgesellschaft | | Versicherungsschein-Nr. |
| | | Vollkasko-Versicherung *) | Versicherungsgesellschaft | Selbstbeteil. DM/EUR | Versicherungsschein-Nr. |
| | | Teilkasko-Versicherung **) | Versicherungsgesellschaft | Selbstbeteil. DM/EUR | Versicherungsschein-Nr. |
| | | *) Wurde diese in Anspruch genommen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ***) Wurde diese in Anspruch genommen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Verkehrs-Service-Versicherung bzw. Schutzbrief-Versicherung | Versicherungsgesellschaft | <input type="checkbox"/> Inland <input type="checkbox"/> Ausland | Versicherungsschein-Nr. |
| | Creditkarten-Versicherung | Versicherungsgesellschaft | Versicherungsschein-Nr. | | |
| | Hinweis | Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inan- | griffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht | zu Lasten des Schädigers. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, daß die Rechnung | unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke ausgestellt wird. |
| 7. Ansprüche wegen Personenschäden | Name und Anschrift des Verletzten | | | | |
| | Geburtsdatum | Familienstand | Zahl/Alter der Kinder | Ausgeübter Beruf | |
| | Selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Adresse des Arbeitgebers | | Monatll. Nettoeinkommen DM/EUR | |
| | Unfallunabhängiger Rentenbezug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, von wem? | In welcher Höhe? | Lag ein Berufs- oder Wegeunfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | Art und Umfang der Verletzung? | | | Berufsgenossenschaft | |
| | Waren Sie Kfz-Insasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Waren Sie angeschnallt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Waren Sie Kradfahrer/Beifahrer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Trugen Sie einen Helm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | Stationäre Behandlung (Krankenhaus) | von | bis | Anschrift des Krankenhauses | |
| | Ambulant behandelnde Ärzte | | | | |
| | Hauskrank | von | bis | Zuständige Krankenkasse | |
| | Sind Sie rentenversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bei welcher Anstalt? | | Welche Ansprüche werden erhoben? | |
| Wichtiger Hinweis | Hiermit entbinde ich alle oben namentlich genannten Ärzte/Krankenhäuser von der Schweigepflicht. | | Unterschrift des Verletzten/der gesetzlichen Vertreter | | |
| Unterschriften | Ort, Datum | | Unterschrift des Anspruchstellers | | |