

Fragebogen für Anspruchsteller

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sie machen Ansprüche gegen unsere/n Versicherungsnehmer/in geltend. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit wir Ihren Anspruch prüfen können

Schadensnummer

Name unseres Versicherungsnehmers

Anspruchsteller

Name des Anspruchstellers

berufliche Tätigkeit

nicht selbstständig

selbstständig

Strasse, Nr.

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (§ 15 UstG)?

Postleitzahl, Ort

Nein Ja zu %

Telefonnummer

Email

Bankverbindung

Name der Bank

IBAN

BIC

Sollte einmal der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei!

1. Schadenort und -zeitpunkt

a) Wann ereignete sich der Schaden?

Datum:

Uhrzeit:

b) Wann erhielten Sie von dem Schaden Kenntnis?

Datum:

Uhrzeit:

c) Wo ereignete sich der Schaden?

Adresse:

Etage:

Raum:

2. Genaue Schilderung des Unfall- bzw. Schadenherganges (wenn möglich, mit Skizze)

Bitte schildern Sie den Schadenhergang so ausführlich, dass ein möglichst genaues Bild entsteht:

3. Gegen wen und in welcher Höhe erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese:

4. Beteiligte Dritte

- a) Andere am Unfall beteiligte Personen / Verkehrsteilnehmer:

- a) Name und Anschrift von Augenzeugen:

- b) Sofern der Unfall / Schaden polizeilich aufgenommen wurde, Aktenzeichen und Anschrift der zuständigen Dienststelle:

5. Ansprüche bei einem SACHSCHADEN

- a) Was wurde beschädigt:
- b) Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache:
- c) Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden:

- d) Voraussichtliche Höhe der schadenbedingten Wiederherstellungskosten: €
- e) Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

6. Ansprüche bei PERSONENSCHÄDEN

- a) Name der verletzten Person:
Anschrift der verletzten Person:
- b) Geburtsdatum: Familienstand: Anzahl der Kinder
- c) Ausgeübter Beruf: selbständig: ja nein,
monatliches Einkommen: € (Bescheinigung bitte beifügen)
- d) Name des Arbeitgebers:
Anschrift des Arbeitgebers:
- e) Bezieht die verletzte Person unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja nein
von wem: monatliche Rente: €
- f) Art und Umfang der Verletzung / Diagnose Arzt: (Bitte Arztberichte o.ä. beifügen, wenn bereits vorhanden)

- g) Krankenhausaufenthalt vom: bis (voraussichtlich)
- h) Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der ambulant behandelnden Ärzte:

- i) Besteht aufgrund der o.g. Verletzungen Arbeitsunfähigkeit?: nein ja, und zwar vom: bis

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Der Versicherer hält zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadenersatzanspruchs die Überprüfung von Angaben für erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zweck entbinde ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

Ort _____, den _____ Datum _____
Unterschrift des Anspruchstellers _____

Die im Zusammenhang mit der Schadenbearbeitung notwendigen Daten des Anspruchstellers / Geschädigten werden bei unserer Gesellschaft gespeichert und, soweit erforderlich, an die jeweiligen Verbände sowie die betreffenden Rückversicherer übermittelt.