

## Fragebogen für Anspruchsteller zu Schaden-Nr.:

Bitte schicken Sie das Formular ausgefüllt zurück an: Name und Anschrift Anspruchsteller:

**Per Fax an**

**04321 / 48 909-29**

Tel.Nr. \_\_\_\_\_ Fax.Nr. \_\_\_\_\_

KontoNr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Name und Anschrift unseres Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Schadentag \_\_\_\_\_ 20 \_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr Schadenort \_\_\_\_\_

Schilderung des Hergangs (ggf. Beiblatt und Skizze beifügen) \_\_\_\_\_

Polizeidienststelle \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Zeugen (Name u. Anschrift) \_\_\_\_\_

### Sachschäden (beschädigte Gegenstände bitte aufbewahren)

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache ? \_\_\_\_\_

Was wurde beschädigt ? \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Beschädigung ? \_\_\_\_\_

Wann wurde diese Sache angeschafft ? \_\_\_\_\_ Zu welchem Preis ? \_\_\_\_\_

Wiederherstellung möglich ja  nein  Reparaturkosten EUR \_\_\_\_\_  Totalschaden

Wo kann die Sache besichtigt werden ? \_\_\_\_\_

Können Sie bezüglich der beschädigten Sache die Vorsteuer beim Finanzamt absetzen ?  ja  nein

**Personenschäden**  nein  ja, ich erlitt folgende Verletzungen :

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beruf ? \_\_\_\_\_ Berufsunfall ja  nein  Auf dem Weg von/zur Arbeit ja  nein

Benötigten Sie unfallbedingt ärztliche Hilfe ?  nein  ja, Name u. Anschrift des Arztes/Krankenhauses lauten :

**Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Atteste und Bescheinigungen) oder von mir veranlasste Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.**