

Fragebogen für Anspruchsteller



Versicherungsnehmer

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Schaden-Nr.

Anspruchsteller

Vollständiger Name (Titel / Firma)

Anschrift

Telefon mit Vorwahl

Fax

Mobilfunk

E-Mail

Bankverbindung: Kontoinhaber

Institut

BLZ

Konto-Nr.

Unfallschilderung

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort

Wie hat sich der Schaden ereignet? Ausführliche Schilderung mit Skizze! (Bitte nicht auf evtl. polizeiliche Aufnahme des Unfalls verweisen)

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Tagebuch- Nr.

Andere Unfallbeteiligte

Name und Anschrift anderer am Unfall beteiligter Personen

Zeugen

Name und Anschrift

Fragebogen für Anspruchsteller



Sachschäden

Welche Sachen wurden beschädigt? Art und Umfang der Beschädigung angeben		
		Schadenhöhe
Sind Sie Eigentümer der Sachen oder wem gehören sie?		
Jahr der Anschaffung	Anschaffungspreis	Reparaturkosten (Rechnung bzw. Kostenvoranschlag beifügen)
Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden (genaue Anschrift) und wann?		
Welche Werkstatt führt die Reparatur durch?		Frühere Schäden (Anzahl und Umfang)
Sind Sie Unternehmer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie zum Abzug der Vorsteuer berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Personenschäden

Name des Verletzten	Familienstand, Geburtsdatum	Anzahl und Alter der Kinder
Anschrift	Telefon mit Vorwahl	
	Fax	
	Mobilfunk	
	E-Mail	
Ist der Verletzte selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausgeübter Beruf	
Name und Anschrift des Arbeitgebers		
Art und Umfang der Verletzungen		
Krankenhausaufenthalt vom bis	Dauer der Arbeitsbehinderung - voraussichtlich bis	
Name und Anschrift des Krankenhauses		Name des behandelnden Arztes
Name und Anschrift der ambulant behandelnden Ärzte		
Welcher Krankenversicherung gehört der Verletzte an?		Ist er gesetzlich rentenversichert? Bei welcher Anstalt?
Bezieht der Verletzte wegen dieses Unfalls bereits eine Rente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde eine solche beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei welcher Versicherungs-Anstalt?
Liegt ein Betriebsunfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ereignete sich der Unfall auf dem Wege von und zur Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche BG ist zuständig?
Bei Ansprüchen wegen Lohn- oder Gehaltsausfall sind unbedingt beizufügen: Bescheinigung des Arbeitgebers über den Netto-Lohnausfall sowie über den Lohnausgleich während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit, Nachweis über Zahlungen von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung, Arbeitsämtern oder anderweitige Leistungen.		

Unterschrift Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Die Ärzte sind ermächtigt, dem Versicherer Gutachten und Auskünfte zu erteilen.

Ort / Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)
-------------	--