

Fragebogen für Anspruchsteller zu Schaden-Nr.:

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

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.