

Fragebogen für Anspruchsteller (questionnaire for claimants)

1

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen
(invoices and other supporting documents must be enclosed)

Unsere Schadennummer (number of claim)	
--	--

1. Daten Anspruchsteller / Geschädigter (data of claimant / injured)

Name, Vorname (name, first name)	
Anschrift (address)	
Mobil / Telefon (mobile / phone)	
E-Mail Adresse (e-mail address)	
Ausgeübter Beruf (actual job)	
Geldinstitut (bank)	
Kontonummer (account number)	
IBAN	
BIC	
Kontoinhaber (account holder)	
Fahrer (driver)	

2. Angaben zum Unfall (accident details)

Unfalltag (date of accident)	
Unfallort (location of accident)	
Aktenzeichen der Polizei (police reference number)	
Name, Anschrift sowie Fax bzw. E-Mail der zuständigen Polizeidienststelle (name, address and fax or e-mail of the involved police department)	

3. Unfallschilderung mit Skizze (*accident sequence with sketch*)

2

Beschreiben Sie den Unfallhergang ausführlich und in ganzen Sätzen.
(*describe the course of the accident in detail and in complete sentences*)

Zeichnen Sie eine Skizze vom Unfallgeschehen.
(*draw a sketch of the accident*)

4. Daten Versicherungsnehmer / Fahrzeughalter des Schädigers
(*data policyholder / vehicle owner of the insured*)

3

Name, Vorname (<i>name, first name</i>)	
Anschrift (<i>address</i>)	
Mobil / Telefon (<i>mobile / phone</i>)	
E-Mail Adresse (<i>e-mail address</i>)	
Versichert bei (<i>insurer</i>)	
Policen-Nr. (<i>policy no.</i>)	
Amtliches Kennzeichen (<i>registration number / plate number</i>)	

5. Daten des schädigenden Fahrers (falls abweichend) (data of the injuring driver (if different))

Name, Vorname (<i>name, first name</i>)	
Anschrift (<i>address</i>)	
Mobil / Telefon (<i>mobile / phone</i>)	
E-Mailadresse (<i>e-mail address</i>)	

6. Zeugen / weitere beteiligte Personen (witness / further persons involved)

Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail weiterer am Unfall beteiligten Personen bzw. Zeugen (<i>name, address and telephone number or e-mail of other persons involved in the accident or witnesses</i>)

7. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden (for claims for material damage)

Was wurde beschädigt? (<i>what was damaged?</i>)	
Wer ist Eigentümer der Beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber bei Kfz? (<i>who is the owner of the damaged item, possibly the lessor of the vehicle?</i>)	
Vorsteuerabzugsberechtigt (<i>entitled to deduct input tax</i>)	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>

4

Voraussichtliche Höhe der Unfallbedingten Wiederherstellungskosten
Gutachten, Kostenvoranschlag oder Rechnung beigefügt?
*(estimated amount of accident-related reinstatement costs
expert opinion, cost estimate or invoice attached?)*

ja (yes) nein (no) Höhe in € (amount in €):

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail
(where can the damaged item be inspected? name, address and telephone number or e-mail)

8. Zusätzlich bei beschädigten Kraftfahrzeugen *(additionally for damaged motor vehicles)*

Amtliches Kennzeichen <i>(registration number)</i>	
Fahrzeugart <i>(vehicle category)</i>	
Hersteller <i>(make)</i>	
Typ <i>(model)</i>	
Fahrzeug-Ident.nr. <i>(vehicle ident.no.)</i>	
Hubraum <i>(engine capacity)</i>	
PS/kW <i>(HP/kW)</i>	
Erstzulassung <i>(initial registration)</i>	
Km-Stand <i>(actual mileage)</i>	

9. Bei welcher Gesellschaft bzw. Geschäftsstelle war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert? *(with which company or office was the vehicle insured at the time of the accident?)*

Haftpflicht-Versicherung <i>(liability insurance)</i>	
Policen-Nr. <i>(policy no.)</i>	

Vollkasko-Versicherung <i>(fully comprehensive insurance)</i>	
Selbstbeteiligung in € <i>(deductible in €)</i>	
Policen-Nr. <i>(policy no.)</i>	

Teilkasko-Versicherung <i>(partially comprehensive insurance)</i>	
Selbstbeteiligung in € <i>(deductible in €)</i>	
Policen-Nr. <i>(policy no.)</i>	

Rechtsschutz- bzw. Verkehrsservice-Versicherung <i>(legal protection or traffic service insurance)</i>	
Policen-Nr. <i>(policy no.)</i>	

10. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden *(for claims for personal injury)*

Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail des Verletzten <i>(name, address and phone number or e-mail of the injured person)</i>	
Geburtsdatum <i>(date of birth)</i>	
Familienstand <i>(marital status)</i>	
Anzahl und Alter der Kinder <i>(quantity and age of children)</i>	
Ausgeübter Beruf <i>(actual job)</i>	
Selbstständig <i>(self-employed)</i>	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>
Monatl. Nettoeinkommen in € <i>(monthly net income in €)</i>	
Kontaktdaten des Arbeitgebers - Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail <i>(contact details of the employer - name, address and telephone number or e-mail)</i>	
Bezieht der Verletzte von diesem Unfall eine Rente? <i>(does the injured person receive a pension from this accident?)</i>	
ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/> von wem? <i>(by whom?)</i>	Höhe in € <i>(amount in €):</i>

11. Zusätzlich bei Verletzungen (*additionally for injuries*)

6

Art und Umfang der Verletzung (<i>nature and extent of the injury</i>)	
Zuständige Krankenkasse (<i>competent health insurance company</i>)	
Sicherheitsgurte angelegt (<i>seatbelts fastened</i>)	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>
Krankenhausaufenthalt (<i>hospitalisation</i>) wenn ja, von (<i>if so, from</i>): voraussichtlich bis (<i>probably until</i>):	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>
Kontaktdaten des Krankenhauses - Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail (<i>contact details of the hospital - name, address and telephone number or e-mail</i>)	
Krankschreibung (<i>sick leave</i>) wenn ja, von (<i>if so, from</i>): voraussichtlich bis (<i>probably until</i>):	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>
Kontaktdaten der Arztpraxis - Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail (<i>contact details of the medical practice - name, address and telephone number or e-mail</i>)	
Liegt ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf direktem Weg zur oder von der Arbeit? (<i>is there an occupational accident or did the accident occur on the direct way to or from work?</i>) ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/> Falls ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? (<i>if so, which professional association is responsible?</i>)	
Ist der Verletzte gesetzlich Rentenversichert? (<i>is the injured person covered by statutory pension insurance?</i>) ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/> Falls ja, bei welcher Anstalt? (<i>if so, at which institution?</i>)	

Vorstehende Angaben im Fragebogen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht
(I have provided the above information in the questionnaire to the best of my knowledge and belief)

Ort, Datum (location, date)

Unterschrift (signature)

Schweigepflichtentbindung – notwendig bei Personenschäden
(release from confidentiality - necessary for personal injury):

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadensersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(In order to assess my claim for damages, it is necessary to verify the information I have provided in support of my claim. For this purpose I voluntarily release doctors, dentists and members of other medical professions as well as employees of hospital institutions who were and are involved in the treatment from their duty of confidentiality, even after my death. I am aware that I can revoke this declaration of release from the duty of confidentiality at any time with effect for the future.)

ja (yes) nein (no)

Name, Vorname (name, first name): _____

Geburtsdatum (date of birth): _____

Anschrift (address): _____

Ort, Datum (location, date)

Unterschrift (signature)