

Fragebogen für Anspruchsteller zu Schaden-Nr.: _____ (Bitte stets angeben)

Im Interesse der schnellen Bearbeitung dieses Schadenfalles beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen ausführlich. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular schnellstmöglich zurück!

I. Persönliche Angaben des Anspruchstellers (Bitte deutlich mit Blockschrift oder mit der Maschine ausfüllen)

Kdnr.

Name, Vorname:		geb.:	
vollständige Anschrift:			
ausgeübter Beruf:	selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefon (Festnetz): <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	Mobil-Nr.: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	Fax-Nr.: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	
E-Mail:			<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
Bankverbindung: (nur IBAN angeben) DE		Kontoinhaber:	

II. Angaben zum Schadenhergang

Schadentag:	Uhrzeit:	Schadenort:
Hat eine Polizeidienststelle den Vorfall aufgenommen? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt?
Andere am Vorfall beteiligte Personen, Tiere, Maschinen, Fahrzeuge: (Name, Anschrift, ggf. aml. Kennzeichen von Fahrzeugen)		
Wer hat den Unfallhergang beobachtet (ggf. auch Beifahrer)? Bitte Name und Adresse angeben:		

Genaue Schadenschilderung (Fortsetzung und Skizze ggf. auf der Rückseite)

Bitte wenden!

Wenn dieses Formular **gefaxt** wird, bitte Schaden- oder Versicherungs-Nr. angeben: _____

III a. Skizze

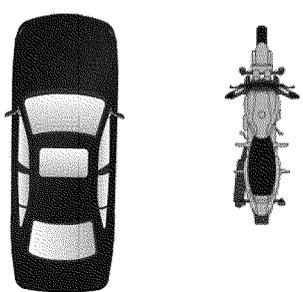
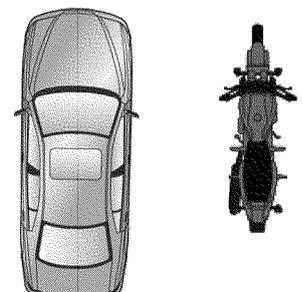
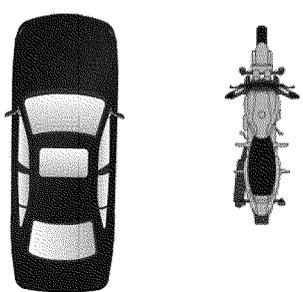
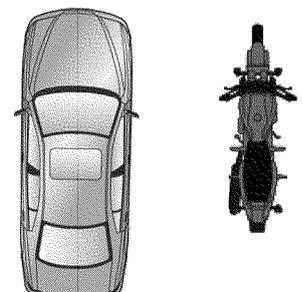
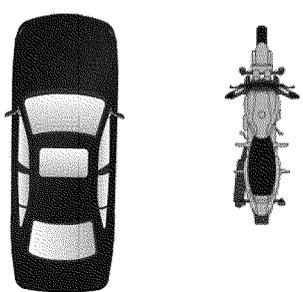
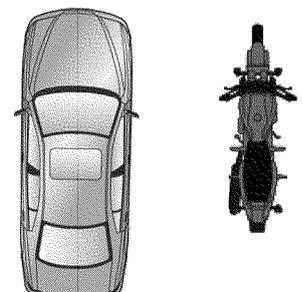
"Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte". Bitte nehmen Sie sich für das Zeichnen einer Skizze einen Augenblick Zeit.

erstellt von: _____

III b. Angaben über den Unfallgegner/Verursacher des Schadens

Name, Vorname und Anschrift:	
Bei beteiligten Fahrzeugen: Name, Vorname und Anschrift des Fahrers:	Amtl. Kennzeichen:

III c. Bei Unfällen im Straßenverkehr und/oder beschädigten Kraftfahrzeugen benötigen wir folgende Informationen:

<p><u>Beschädigungen an den Fahrzeugen (grob skizziert, z. B. durch Pfeile etc.):</u></p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center; width: 50%;">Eigenes Fahrzeug</td><td style="text-align: center; width: 50%;">Gegnerisches Fahrzeug</td></tr><tr><td style="text-align: center;"></td><td style="text-align: center;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100%;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100%;" type="text"/></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Fzg.-Typ? _____</td><td style="text-align: center;">Fzg.-Typ? _____</td></tr></table>	Eigenes Fahrzeug	Gegnerisches Fahrzeug			Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fzg.-Typ? _____	Fzg.-Typ? _____	<p><u>Angaben zur Unfallstelle:</u></p> <p>Örtlichkeit:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Autobahn</td><td><input type="checkbox"/> Parkplatz</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Landstraße</td><td><input type="checkbox"/> Betriebsgelände</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Innerorts</td><td><input type="checkbox"/> Baustelle</td></tr></table> <p>Straße:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> trocken</td><td><input type="checkbox"/> vereist</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> nass</td><td><input type="checkbox"/> verschmutzt</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> verschneit</td><td><input type="checkbox"/> Ölsuren</td></tr></table> <p>Licht:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Tageslicht</td><td><input type="checkbox"/> Dunkelheit</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dämmerung</td><td></td></tr></table> <p>Witterung:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Sonnenschein</td><td><input type="checkbox"/> Schneefall</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Regen</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Autobahn	<input type="checkbox"/> Parkplatz	<input type="checkbox"/> Landstraße	<input type="checkbox"/> Betriebsgelände	<input type="checkbox"/> Innerorts	<input type="checkbox"/> Baustelle	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> vereist	<input type="checkbox"/> nass	<input type="checkbox"/> verschmutzt	<input type="checkbox"/> verschneit	<input type="checkbox"/> Ölsuren	<input type="checkbox"/> Tageslicht	<input type="checkbox"/> Dunkelheit	<input type="checkbox"/> Dämmerung		<input type="checkbox"/> Sonnenschein	<input type="checkbox"/> Schneefall	<input type="checkbox"/> Regen	<input type="checkbox"/> _____
Eigenes Fahrzeug	Gegnerisches Fahrzeug																												
																													
Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Amtliches Kennzeichen: <input style="width: 100%;" type="text"/>																												
Fzg.-Typ? _____	Fzg.-Typ? _____																												
<input type="checkbox"/> Autobahn	<input type="checkbox"/> Parkplatz																												
<input type="checkbox"/> Landstraße	<input type="checkbox"/> Betriebsgelände																												
<input type="checkbox"/> Innerorts	<input type="checkbox"/> Baustelle																												
<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> vereist																												
<input type="checkbox"/> nass	<input type="checkbox"/> verschmutzt																												
<input type="checkbox"/> verschneit	<input type="checkbox"/> Ölsuren																												
<input type="checkbox"/> Tageslicht	<input type="checkbox"/> Dunkelheit																												
<input type="checkbox"/> Dämmerung																													
<input type="checkbox"/> Sonnenschein	<input type="checkbox"/> Schneefall																												
<input type="checkbox"/> Regen	<input type="checkbox"/> _____																												

Wenn dieses Formular **gefaxt** wird, bitte Schaden- oder Versicherungs-Nr. angeben: _____

IV. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden (bei beschädigtem Kfz bitte zusätzlich zu V. ausfüllen)

Was wurde beschädigt? Art und Umfang der Beschädigung?				
Bei technischen Geräten:	Hersteller:	Serien-Nr.:	genaue Modellbezeichnung:	
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?			Gehört sie zum Betriebsvermögen?	
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden?			(Bitte Originalbelege beifügen - außer bei Kfz)	
Datum:		Preis:	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Voraussichtliche Höhe des Schadens/der Reparaturkosten: €:			Reparaturdauer:	
Wann und wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?				
Hat bereits eine Besichtigung stattgefunden? (ggf. durch wen?)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:				
Vorschäden der beschädigten Sache(n): (Art, Anzahl und Schadenhöhe)				

V. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen bitte zusätzlich ausfüllen

Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht zu Lasten des Schädigers.

Name, Anschrift und Alter des Fahrers				Amtl. Kennzeichen	
Fahrzeugart	Hersteller*	Herstellerschlüssel (Feld 2.1)*	Baujahr/Erstzulassung*	kw*	
genaue Typ/-Modellbezeichnung:		Motor <input type="checkbox"/> Diesel-Motor <input type="checkbox"/> Otto-Motor	Typschlüssel (Feld 2.2)*	km-Stand	Anzahl Vorbesitzer lt. Kraftfahrzeugbrief: _____
Abrechnungswunsch des KFZ-Schadens:			Forderung der Erstattung von:		
<input type="checkbox"/> gemäß Reparatur-Rechnung / dazu Forderung abgetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nach Gutachten <input type="checkbox"/> nach Kostenvoranschlag			<input type="checkbox"/> Mietwagenkosten / dazu Forderung abgetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nutzungsausfall		
Bei welcher Gesellschaft, unter welcher Vers.-Schein-Nummer und gegen welche Gefahren war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?					
Gesellschaft: _____ Vers.-schein-Nr.: _____					
Vollkasko-Versicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; mit _____,- € Selbstbeteiligung					
Teilkasko-Versicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; mit _____,- € Selbstbeteiligung					

* Angaben finden Sie in der Zulassungsbescheinigung Teil I (Fahrzeugschein) des Fahrzeuges

Bitte beachten Sie:

Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist der Geschädigte verpflichtet, den Schaden so niedrig wie möglich zu halten.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchstellers

Bei Personenschäden bitte unbedingt Folgeseite beachten!

Wenn dieses Formular **gefaxt** wird, bitte Schaden- oder Versicherungs-Nr. angeben: _____

VI. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Sofern Sie Ansprüche wegen eines Gesundheitsschadens geltend machen, füllen Sie bitte auch diese Seite des Formulars aus.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Zwar erheben, speichern und verwenden wir Ihre Gesundheitsdaten. Die Informationen werden aber ausschließlich für die Prüfung Ihrer Ansprüche verwendet.

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer gesonderten Unterschrift, dass Sie mit dieser Vorgehensweise einverstanden sind.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Itzehoer Versicherungen/Brandgilde von 1691 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ("Itzehoer") meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Zudem führt die Itzehoer bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der Actineo GmbH (Wankelstr. 33, 50996 Köln, Telefon 02236 48003100, Telefax 02236 48003111, www.actineo.de). Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Ich willige ein, dass die Itzehoer meine Gesundheitsdaten an die Actineo GmbH weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie wir es dürften. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von der Actineo GmbH an die Itzehoer übermittelt werden.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Anspruchstellers/gesetzlichen Vertreters

Name und Anschrift des Verletzten		
Geburtsdatum	Familienstand	Anzahl und Alter der Kinder
Ausgeübter Beruf	selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Monatliches Nettoeinkommen
Art und Umfang der Verletzungen		
Krankenhausaufenthalt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom: _____ bis: _____	Ist der/die Verletzte krank geschrieben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom: _____ bis: _____	
Bitte geben Sie Namen und Anschrift der behandelnden Krankenhäuser/Ärzte auf einem gesonderten Blatt vollständig an!		
Welcher Krankenkasse bzw. -versicherung gehört der/die Verletzte an?		
Ist der/die Verletzte rentenversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:		
Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?:		
Hatte der Verletzte die Sicherheitsgurte angelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde ein Schutzhelm getragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Arztbericht(e): ist/sind beigefügt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Anzahl: _____	Arztbericht(e): folgt/folgen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Anzahl: _____	

Vielen Dank für Ihre Informationen!