



Fragebogen für Anspruchsteller

Schaden- Nummer
Schaden-Nummer
Versicherungsschein-Nummer

Name u. Vorname des Anspruchstellers  Anschritt Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort	Telefon	
	Fax	
	Mobiltelefon	
	e-mail	
Beruf	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> nicht selbständig
Gehört die beschädigte Sache zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? (MwSt.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kontonummer	Bankleitzahl	bei (Bank, Sparkasse, Postamt)

1. Schadenhergang

1.1.	Wann hat sich der Schaden ereignet? am:                      Uhrzeit:	Wo? (Genaue Orts- und Straßenangabe)
1.2.	Beschreibung des Schadenhergangs (ggf. gesondertes Blatt beifügen)  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____	Skizze zur Verdeutlichung (falls notwendig)



## 2. Andere Beteiligte

2.1.	Namen und Anschriften von anderen Beteiligten, ggf. amtliches Kennzeichen von Fahrzeugen
2.2.	Wurde der Schadenfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Anschrift der Polizeidienststelle und Aktenzeichen/Tagebuch-Nr. angeben
2.3.	Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese?
2.4.	Namen und Anschriften von Zeugen

Bitte setzen Sie sich sofort – am besten telefonisch – mit uns in Verbindung, wenn Sie Reparatur- oder sonstige Kosten aus diesem Schadenfall nicht verauslagern können. Die Kosten einer Finanzierung des Schadens würden sonst zu Ihren Lasten gehen!

## 3. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

3.1.	Was wurde beschädigt? _____ Art und Umfang der Beschädigung: _____ Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____ Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? Datum: _____ Preis: _____ €
3.2.	Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ € Voraussichtliche Reparaturdauer: vom _____ bis _____ = _____ Tage
3.3.	Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? (Anschrift und Telefon-Nr. der Reparaturwerkstatt) _____ Hat eine Besichtigung stattgefunden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, durch wen? _____
3.4.	Frühere Schäden: (Anzahl und Umfang)

## 4. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten

4.1.	Fahrzeugart	Fabrikat u. Typenbezeichnung	Fahrgestell-Nr.	PS/KW	km-Stand	Tag d. Erstzulassung
4.2.	Amtl. Kennzeichen	Datum des Erwerbs	Vorbesitzer laut Kraftfahrzeugbrief <input type="checkbox"/> Erstbesitzer <input type="checkbox"/> ein Vorbesitzer <input type="checkbox"/> mehrere Vorbesitzer			



4.3	Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Versicherungs-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?		
	Gesellschaft	Policen-Nr.	Selbstbeteiligung
	Haftpflicht-Versicherung		€
	Vollkasko-Versicherung		€
	Teilkasko-Versicherung		€
	Schutzbrief-Versicherung		€
4.4.	Wurde oder wird die Kasko-Versicherung in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

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. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke auszustellen ist.

#### 5. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

5.1.	Name der verletzten Person	Geburtsdatum	Zahl und Alter der Kinder
5.2.	Anschrift		Familienstand
5.3.	Ausgeübter Beruf selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Monatliches Nettoeinkommen (bitte Bescheinigung beifügen)	
5.4.	Name und Anschrift des Arbeitgebers		
5.5.	Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? falls ja, von wem? monatlich: €		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### 6. Art und Umfang der Verletzungen

6.1.	Bei Verletzungen im Kraftfahrzeug: Hatte der Verletzte Sicherheitsgurte angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.2.	Ist ein Krankenhausaufenthalt notwendig? falls ja, von _____ bis (voraussichtlich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.3.	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses	
6.4.	Name und Anschrift des/der ambulant behandelnden Arztes/Ärzte	
6.5.	Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? falls ja, von _____ bis (voraussichtlich) Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.6.	Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von / zur Arbeit? Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.7.	Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? falls ja, bei welcher Anstalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.8.	Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte der o. a. Versicherung Gutachten und Auskünfte erteilen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



**Ratzke & Ratzke**  
VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes. Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen. Arzt-, Arznei- und Heilmittelkostenrechnungen reichen Sie bitte zunächst bei Ihrer Krankenkasse ein.

Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

---

Ort

Datum

Unterschrift des Anspruchstellers