

IV. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

| | |
|---|--|
| Was wurde beschädigt? Art und Umfang der Beschädigung? | |
| | |
| Wer ist der 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.) | |
| Voraussichtliche Höhe des Schadens/der Reparaturkosten: l: | 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): (Anzahl und Schadenhöhe) | |

V. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen bitte zusätzlich ausfüllen

| | | | | |
|--|-----------|---|-----------|---------------|
| Name und Anschrift des Fahrers: | | | | |
| Fahrzeugart: | Fabrikat: | Baujahr: | km-Stand: | Amtl. Kennz.: |
| Wieviele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? | | Wo kann das Kfz tagsüber besichtigt werden? | | |
| Bei welcher Gesellschaft und unter welcher Vers.-Schein-Nummer war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert? | | | | |
| Haftpflichtversicherung: _____ | | Nr.: _____ | | |
| Vollkaskoversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | Selbstbeteiligung: € _____ Nr.: _____ | | |
| Teilkaskoversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | Selbstbeteiligung: € _____ Nr.: _____ | | |

Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht zu Lasten des Schädigers. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, daß die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke auszustellen ist.

VI. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

| | | |
|---|---|---|
| Name und Anschrift der/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 _____ | Name und Anschrift des Krankenhauses: | |
| Ist der/die Verletzte krank geschrieben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis _____ | Name und Anschrift der behandelnden Ärzte: | |
| | | |
| Welcher Krankenkasse bzw. -versicherung gehört der/die Verletzte an: | Ist der/die Verletzte rentenversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: | |
| Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege zur Arbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?: | | |
| War das Fahrzeug mit Sicherheitsgurten ausgestattet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Hatte der/die Verletzte die Sicherheitsgurte angelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wurde ein Schutzhelm getragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

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 und Datum

Unterschrift des Anspruchstellers