



Wir bearbeiten Ihre Anliegen zügig und kompetent. Hierbei können Sie uns unterstützen. Nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und füllen den Fragebogen so vollständig wie möglich aus. Hierdurch wird der Bearbeitungsprozess erheblich beschleunigt. Sie haben die Möglichkeit den Bogen direkt am PC auszufüllen. Hierfür benötigen Sie den Adobe Acrobat Reader oder eine gleichwertige Software, welche es Ihnen ermöglicht PDF-Dateien anzuzeigen. Sie können mit Hilfe Ihrer Tabulatortaste zu den einzelnen Formularfeldern springen oder jene auch per Mausklick anwählen. Bitte vergesse Sie nicht das Formular am Ende zu unterschreiben und uns dann per Post, Fax oder elektronisch zukommen zu lassen. Sollten Sie bereits weitere Unterlagen wie Rechnungen, Gutachten, Anwaltspost oder Versicherungsschreiben erhalten haben, so übersenden Sie zur Vollständigkeit auch jene Unterlagen gleich mit. So können wir uns für ein persönliches Treffen ideal vorbereiten. Vielen dank für Ihre Mühen!

## A Daten des Anspruchstellers

Vorname und Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Aktuelle berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Rechtsschutzversicherung vorhanden? nein  ja  bei: \_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

## B Daten des Anspruchsgegners

Vorname und Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Versichert bei: \_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_  
Gegnerisches Fahrzeug (Modell, Typ): \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_  
Gegnerischer Fahrer: \_\_\_\_\_

## C Daten zum Unfall

Datum des Unfalls: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
Unfallort: \_\_\_\_\_

Schildern Sie hier bitte den Unfallhergang, damit wir einen ersten groben Überblick über den Unfall erhalten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere am Unfall Beteiligte (Name, Anschrift, Amtliche Kennzeichen der Fahrzeuge):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfallzeugen (Name, Anschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Polizeidienststelle, welche den Unfall aufgenommen hat: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen bei der Polizei: \_\_\_\_\_

**D Im Falle von Sachschäden auszufüllen**

Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber o. Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Kostenvoranschlag liegt vor.
- Schadensfotos wurden angefertigt.
- Schadensgutachten wurde bereits in Auftrag gegeben  durch Versicherung  durch Anspruchsteller.
- Schadensgutachten soll in Auftrag gegeben werden bei: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Schadensobjekt soll in einer Fachwerkstatt instandgesetzt werden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Instandsetzungskosten wurden bereits verauslagt  durch Anspruchsteller  durch: \_\_\_\_\_

Mietwagen wird beansprucht für \_\_\_\_\_ Tage.

Nutzungsausfallentschädigung wird beansprucht für \_\_\_\_\_ Tage.

Es sind Standgebühren angefallen: \_\_\_\_\_

Weitere beschädigte Gegenstände: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E Details zum beschädigten Kfz**

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Zulassung: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_

Machen Sie hier bitte Angaben zu Vorschäden (Art und Umfang), sowie zu früheren Unfallschäden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Verkehrsservice-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Werkstattbindung: \_\_\_\_\_

**F im Falle von Personenschäden auszufüllen**

Vorname und Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Aktuelle berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Telefon oder andere Kontaktmöglichkeit: \_\_\_\_\_

Angaben zum Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Bezieht der Verletzte unabhängig zu diesem Unfall Rente: nein  ja  Höhe: \_\_\_\_\_

Von wem: \_\_\_\_\_

**G Details zu Art und Umfang der Verletzungen**

War der Sicherheitsgurt angelegt: ja  nein

Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_

Name Anschrift: \_\_\_\_\_

ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Ist Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden: ja  nein  Zeitraum: \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: \_\_\_\_\_

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? ja  nein

Name der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzlich Rentenversichert? ja  nein

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

