

Schaden-Nr.:

Finanzdienstleistungen Overkämping
Meisenweg 15

70771 Leinfelden-Echterdingen

Fragebogen für Anspruchsteller

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem HUK-Verband und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung.

- 1.1 Name des/der **Anspruchsteller** _____ Beruf: _____
- 1.2 Anschrift: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)
- 1.3 Ihr Aktenzeichen (falls vorhanden): _____
- 1.4 **Konto-Nr.:** _____ **bei:** _____ **BLZ:** _____
Kontoinhaber: _____
- 1.5 Sind Sie Kunde der Concordia? ja nein

- 2.1 Name des **Versicherungsnehmers:** _____
- 2.2 Anschrift: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)
- 2.3 Versichert bei: _____ 2.4 Policen-Nr.: _____
- 2.5 Polizeiliches Kennzeichen: _____ 2.6 Name des Fahrers: _____
- 2.7 Anschrift: des Fahrers: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)

- 3.1 Schadenort: _____
Schadentag: _____ Uhrzeit: _____

- 3.2 Bitte schildern Sie den Schadenhergang mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt):

- 3.3 Anschriften von Zeugen:

Bei Verkehrsunfällen:

- 3.4 Welche Verkehrsteilnehmer waren noch am Unfall beteiligt? _____ (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges)

- 3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____ Aktenzeichen: _____
4. Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese?

5. Bei Sachschäden:

- 5.1 Was wurde beschädigt? _____
- 5.2 Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache? _____
- 5.3 Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)? ja nein
- 5.4 Art und Umfang der Beschädigung: _____
- 5.5 Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____
- 5.6 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: € _____
- 5.7 Voraussichtliche Reparaturdauer: _____
- 5.8 Die beschädigte Sache kann beschigt werden bei: _____ Tel.: _____
- 5.9 Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein; ggf. durch wen? _____
- 5.10 Bei Glasbruch: Glas- bzw. Hausratversicherung nein ja, bei _____ VSNR: _____
- 5.11 Frühere Schäden: Zahl und Umfang: _____

6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen bitte zusätzlich beantworten:

- 6.1 Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ PS: _____ kW: _____ Km-Stand: _____ Amtl. Kennz.: _____
- 6.2 Wie viele Vorbesitzer sind im Fahrzeugbrief eingetragen? _____
- 6.3 Ist das Fahrzeug ein Leasingfahrzeug? ja nein 6.4 Ist das Fahrzeug sicherungsübereignet? ja nein
- 6.5 Durch welche Gesellschaft (Geschäftstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?
Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr.: _____
Kasko-Versicherung: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____
Vollkasko-Versicherung: ja nein Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____
Teilkasko-Versicherung: ja nein Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____
- 6.6 Soll der Schaden endgültig nach Kostenvoranschlag oder Sachverständigengutachten abgerechnet werden? ja 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. Bitte informieren Sie die Reparaturwerkstatt, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke aufzustellen ist.

7. Bei Personenschäden:

- 7.1 Name des Verletzten: _____
- 7.2 Anschrift: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)
- 7.3 Geburtsdatum.: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____
- 7.4 Ausgeübter Beruf? _____ selbständig? ja nein Monatliches Nettoeinkommen €: _____
(Bescheinigung beifügen)
- 7.5 Name des Arbeitgebers: _____
- 7.6 Anschrift: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)
- 7.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente ja nein; von wem? _____ mtl. € _____
- 8.1 Art und Umfang der Verletzungen? _____
- 8.2 War der Sicherheitsgurt angelegt? ja nein
- 8.3 Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich): _____
- 8.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)
- 8.5 Ambulant behandelnde Ärzte: _____
(genaue Anschriften mit Postleitzahlen)
- 8.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja nein vom _____ bis (voraussichtlich): _____
- 8.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____
- 8.8 Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit? ja nein
- 8.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____
- 8.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein
- 8.11 Bei welcher Anstalt? _____
- 9.0 Zur Beurteilung der von mir erhobenen Schadenersatzansprüche ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meiner Ansprüche gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren oder in von diesen übermittelten Unterlagen genannt sind, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. Die Angehörigen des Versicherers selbst binde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte beziehungsweise medizinische Gutachter übermittelt werden.
 ja nein

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Fragebogen für Anspruchsteller ergeben, in gemeinsamen Datensammlungen speichert, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient und – soweit notwendig – an Rückversicherer oder weitere Versicherer übermittelt.

Bitte fügen Sie zum Nachweis der Schadenhöhe Rechnungen und Belege bei! Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____, den _____ (Unterschrift des Anspruchstellers)