

## **Bei Ansprüchen wegen Sachschäden**

Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? \_\_\_\_\_

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja  nein

Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden?

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja  nein

Bejahendenfalls durch wen: \_\_\_\_\_

frühere Schäden – Art und Umfang: \_\_\_\_\_

---

## **Bei Ansprüchen wegen Personenschäden**

Name der/des Verletzten: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Anzahl und Alter Kinder: \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

selbstständig: ja  nein

Monatl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ (Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Bezieht die/der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja  nein

bejahenden falls von wem? \_\_\_\_\_

Höhe: \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja  nein

Dauer der Krankschreibung: \_\_\_\_\_

Krankenkasse der/des Verletzten: \_\_\_\_\_

Liegt ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? ja  nein

Zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja  nein

Zuständige Rentenversicherungsanstalt: \_\_\_\_\_

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und  
Auskünfte erteilen ja  nein

---

Rechnungen und sonstige Belege sind beigelegt.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anspruchsteller