



Per Fax 0331 2 70 95 08 oder an schaden@dvm-potsdam.de

Fragebogen  
Anspruchsteller – Teil 2

VSNR: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer

Polizeiliche Schadenaufnahme/ Tagebuch-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bei Sachschäden:**

Beschädigt wurde: \_\_\_\_\_

Eigentümer der Beschädigten Sachen: \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Beschädigten: \_\_\_\_\_

Anschaffungspreis der beschädigten Sachen: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

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

Hat ein Sachverständiger den Schaden begutachtet:  Ja  Nein

Name, Anschrift des Sachverständigen: \_\_\_\_\_

Falls keine Besichtigung stattfand, bitten wir um einen kurzen Anruf, damit wir ggf. einen Sachverständigen beauftragen können.

Frühere Schäden, Anzahl, Umfang: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben bei beschädigtem Kfz:**

Name, Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Herst.: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_

KW-Zahl: \_\_\_\_\_ Hubraum: \_\_\_\_\_ Anzahl Vorbesitzer (Kfz-Brief): \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft ist Ihr Fahrzeug haftpflichtversichert? \_\_\_\_\_

Es besteht:  Teilkasko  Vollkasko  ohne Selbstbeteiligung (SB)  SB \_\_\_\_\_ €

**Bei Personenschäden:**

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

Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl/Alter der Kinder: \_\_\_\_\_ mtl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ €

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

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

Unfallabhängiger Rentenbezug?  Ja  Nein von monatlich: \_\_\_\_\_ €

Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_

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

Name, Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift der Ambulanz-Ärzte: \_\_\_\_\_

Hauskrank geschrieben:  Ja  Nein vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name d. Krankenkasse/-versicherung: \_\_\_\_\_

Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit?  Ja  Nein

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

Gesetzliche Rentenversicherung:  Ja  Nein Rentenanstalt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anspruchstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Verletzten