



Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem VdS (früher HUK-Verband) und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung

Allgemeine Informationen

Sehr geehrte(r) Anspruchsteller(in),

bitte schicken Sie diesen, für die Schadenbearbeitung notwendigen, Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben unverzüglich an uns zurück. Geben Sie bitte stets unsere Schadennummer an. Wir stellen Ihnen frei, uns Ihre Ansprüche zu beziffern und zu belegen.

Unsere Schadennummer

Absendedatum

AXA Versicherung AG · 51171 Köln

Bitte zurücksenden an

1. Anspruchsteller

Name, Vorname

Berufliche Tätigkeit

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

Wo sind Sie tagsüber zu erreichen?

Telefon

2. Fahrer

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

3. Unfallgegner

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

Amtliches Kennzeichen

Versichert bei

Versicherungsschein-Nr.

4. Angaben zum Unfallgeschehen

Unfallort

Datum, Uhrzeit

Genauere Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt)

5. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

Amtliches Kennzeichen

6. Unfallzeugen

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

7. Aufnehmende Polizeidienststelle

Standort

Polizeiliches Aktenzeichen

8. Ansprüche gegen

Name

Begründung

9. Sachschäden

Beschädigung

Name, Vorname des Eigentümers

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon



Gehört die Sache zum Betriebsvermögen? nein ja Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) nein ja

Art und Umfang der Beschädigung

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

Datum

Euro

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten Euro

Voraussichtliche Reparaturdauer

Bei wem kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

Hat bereits eine Besichtigung stattgefunden? nein ja, durch

Gab es bereits frühere Schäden? nein ja

Waren diese repariert? nein ja

Zahl, Umfang

- Bei Fahrzeugschäden bitte zusätzlich ausfüllen

Fahrzeugart

Fabrikat

Baujahr

km-Stand

Amtliches Kennzeichen

Anzahl der Vorbesitzer lt. Kfz-Brief

Leasing-Fahrzeug nein ja

Leasing-Geber

Bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift) war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Vollkaskoversicherung

Selbstbeteiligung

Euro

Versicherungsschein-Nr.

Teilkaskoversicherung

Selbstbeteiligung

Euro

Versicherungsschein-Nr.

Schutzbrief

Versicherungsschein-Nr.

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

10. Personenschäden

Name, Vorname

Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt/-helm angelegt? nein ja

- Verletzte Person

Straße, Haus-Nr.

Telefon

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Familienstand

Zahl der Kinder

Alter der Kinder

Monatliches Nettoeinkommen (Bitte Bescheinigung beifügen) Euro

Ausgeübter Beruf

selbständig nein ja

- Arbeitgeber

Name, Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Bezieht die verletzte Person unabhängig von diesem Unfall eine Rente von

nein ja monatlich

Euro

Art und Umfang der Verletzungen

Krankenhausaufenthalt von

bis (voraussichtlich)

- Krankenhaus

Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

- Ambulant behandelnde Ärzte

Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Ist die verletzte Person hauskrank geschrieben? nein ja

von

bis (voraussichtlich)

Welcher Krankenkasse gehört die verletzte Person an?

Name

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

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Name

Ist die verletzte Person gesetzlich rentenversichert? nein ja

Name



Wichtiger Hinweis

Der Versicherer hat mir mitgeteilt, daß er zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadenanspruchs die Überprüfung von Angaben für erforderlich hält, die ich zur Begründung meines Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

Unterschriften

Ort/Datum

Unterschrift des Anspruchstellers, bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters