

Fragebogen für Anspruchsteller

WWK Allgemeine Versicherung AG
Marsstraße 37 · 80335 München
Telefon (089) 51 14-30 30
Fax (089) 51 14-22 92
E-Mail: info@wwk.de
www.wwk.de

WWK

Eine starke Gemeinschaft

Aktenzeichen des Versicherers

A. Allgemeine Angaben

1. Schadendatum _____ 2. Schadenzeit _____
3. Schadenort (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____

4. Name Anspruchsteller (Geschädigter) _____
4.1 Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____
4.2 Telefon _____ 4.3 E-Mail _____
4.4 Berufliche Tätigkeit _____
5. Fahrer _____

6. Name Versicherungsnehmer (Schädiger) _____
6.1 Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____
6.2 Telefon _____ 6.3 E-Mail _____
7. Amtliches Kennzeichen _____
8. Name Schadenverursacher _____
8.1 Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____
8.2 Telefon _____ 8.3 E-Mail _____

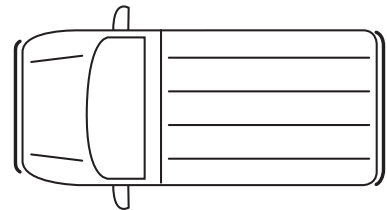
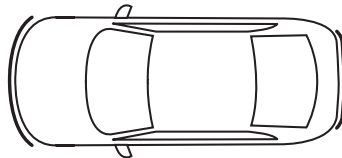
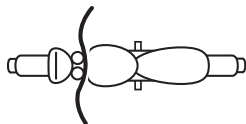
9. Schildern Sie den Schadenhergang nachvollziehbar, möglichst mit Skizze (Wenn erforderlich, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Unfallskizze

10. Haben Sie Bilder gefertigt? Nein Ja (Bitte per E-Mail inkl. Schadennummer an info@wwk.de)
11. Waren weitere Fahrzeuge am Unfallgeschehen beteiligt? Nein Ja – Anzahl: _____ (Bei mehreren Fahrzeugen bitte separat auflisten)
12. Wurden Personen verletzt? Nein Ja
- 12.1 Wenn „Ja“, wo befanden sich diese? eigenes Fahrzeug anderes Fahrzeug Fahrradfahrer
 Fußgänger Sonstiges: _____
13. Gibt es Zeugen? Nein Ja (Bei mehreren Zeugen bitte separat auflisten)
- 13.1 Name des Zeugen _____
- 13.2 Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____
14. Wurde der Vorgang durch eine Polizeidienststelle aufgenommen? Nein Ja – Aktenzeichen: _____
- 14.1 Anschrift Polizeidienststelle _____
15. Machen Sie eigene Ansprüche geltend? Nein Ja – Ansprüche: _____
16. Werden Ansprüche auch an anderer Stelle erhoben? Nein Ja – Ansprüche gegen: _____

B. Bei KFZ-Schäden

1. Fabrikat _____ 1.1 Fahrzeugtyp _____ 1.2 Amtl. Kennzeichen _____
1.3 Fahrzeugidentifikationsnummer (FIN) _____ 1.4 Motorleistung (kW) _____
1.5 Kilometerstand _____ 1.6 Erste Zulassung _____ 1.7 Letzte Zulassung _____
2. Eigentümer d. beschädigten Fahrzeugs _____
3. Anschaffungsdatum und -preis _____
4. Besteht für das Fahrzeug Vorsteuerabzugsberechtigung? Nein Ja
5. Fahrzeug ist finanziert (sicherungsübereignet) oder geleast? Nein Ja – bei: _____
6. Halter d. beschädigten Fahrzeugs _____
7. Hatte das Fahrzeug Vorbesitzer? Nein Ja – Anzahl: _____
8. Bestanden reparierte/unreparierte Schäden vor dem Ereignis? Nein Ja
9. Welche Fahrzeugteile wurden beschädigt? _____
10. Sind nach dem Ereignis weitere Schäden eingetreten? Nein Ja
11. Kann das Fahrzeug gegenwärtig verwendet werden? Nein Ja
12. Wird das Fahrzeug repariert? Nein Ja
13. Voraussichtl. Höhe der unfallbedingten Reparaturkosten (in EUR) _____
14. Voraussichtl. Reparaturdauer _____
15. Wo kann das Fahrzeug erforderlichenfalls besichtigt werden?
(Name/Ort/Telefonnummer) _____
16. Fahrzeug versichert bei _____ 17. Versicherungsnummer _____
18. Haben Sie den Schaden Ihrer Versicherung gemeldet? Nein Ja – Schadensnummer: _____
19. Sind Sie Mitglied in einem Automobilclub (z. B. ADAC)? Nein Ja
20. Hat sich das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt in Bewegung befunden? Nein Ja
21. Waren Sie bei dem Ereignis vor Ort? Nein Ja
22. Bitte markieren Sie an welcher/n Stelle/n das Fahrzeug beschädigt wurde:



C. Bei Sachschäden

1. Was wurde beschädigt? (Art und Umfang) _____
2. Sind Sie Eigentümer der Sache? Ja Nein – Eigentümer: _____
3. Besteht für die Sache Vorsteuerabzugsberechtigung? Nein Ja
4. Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? (Bitte Nachweise beifügen)

5. Kann der Schaden behoben werden? Nein Ja – Voraussichtl. Kosten: _____
6. Wo kann der Schaden ggf. besichtigt werden? (Name/Ort/Telefonnummer)

7. Gab es andere Beschädigungen an der Sache? Nein Ja
7.1 Anzahl und Umfang der Beschädigungen _____
8. Wurden die Beschädigungen repariert? Nein Ja
9. War die beschädigte Sache zum Schadenzeitpunkt anderweitig versichert? (z. B. Glasversicherung, auch im Rahmen einer Hausratversicherung)
 Nein Ja
9.1 Welche Versicherung bestand? _____
Versicherungsgesellschaft: _____ Versicherungsnummer: _____

D. Bei Personenschäden

1. Name Verletzter _____ 1.1 Geburtsdatum _____
2. Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____
- 2.1 Telefon _____ 2.2 E-Mail _____
3. Beim Unfall eingetretene Verletzungen _____
4. Familienstand _____ 4.1 Zahl und Alter d. Kinder _____
5. Ausgeübter Beruf _____
- 5.1 Sind Sie selbstständig? Nein Ja
6. Monatl. Bruttoeinkommen (in EUR – Bitte Bescheinigung beifügen) _____
7. Name d. Arbeitgebers _____
- 7.1 Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße/Hausnr.) _____
8. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Nein Ja – von wem: _____
monatl. Rente: _____
9. Welche Sicherheitsvorrichtungen haben Sie ggf. verwendet? (z. B. Helm, Sicherheitsgurt) _____
10. Durch welchen Arzt erfolgte die Erstbehandlung? _____
11. War ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig? Nein Ja – von: _____ bis (voraus.): _____
12. Name des Krankenhauses _____
- 12.1 Anschrift (PLZ/Ort/Straße/Hausnr.) _____
13. Ambulant (weiter-)behandelnde Ärzte (Name, vollständige Praxisanschrift) _____
14. Ist/war der Verletzte krank (arbeitsunfähig) geschrieben? Nein Ja – von: _____ bis (voraus.): _____
15. Krankenkasse des Verletzten _____
16. Lag ein Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Nein Ja
17. Zuständige Berufsgenossenschaft _____
18. Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Nein Ja – Anstalt: _____
19. Wurden von sonstigen Dritten Leistungen erbracht oder beantragt? Nein Ja

E. Kontoinformationen

Zahlung soll überwiesen werden an

1. Kontoinhaber _____
2. Geldinstitut _____
3. IBAN/BIC _____

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Hinweis zum Datenschutz:

Zur Schadenbearbeitung und Prüfung des Regulierungsanspruchs ist es erforderlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Gegebenenfalls kommt es zu einer Weitergabe Ihrer Daten an Dienstleister, die wir im Rahmen der Schadenbearbeitung mit bestimmten Tätigkeiten beauftragen.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite (www.de/datenschutz) oder von unserem betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: Marsstrasse 37, 80335 München).

Ort, Datum _____

Unterschrift des Geschädigten/Anspruchstellers _____