

## Fragebogen für Anspruchsteller

<b>Schaden-Nr.:</b> <b>H 202 -</b>	<b>Versicherungsschein-Nr.:</b>	<b>Schadentag:</b>	<b>Uhrzeit:</b>	<b>Ort:</b>
---------------------------------------	---------------------------------	--------------------	-----------------	-------------

<b>Anspruchsteller</b> – Name und Anschrift mit PLZ und Ortsteil  Telefon: _____ Beruf: _____ Wie krankenversichert? <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig	<b>Versicherungsnehmer</b> – Name und Anschrift mit PLZ  Telefon: _____ Beruf: _____
--	---

<b>Konto für Entschädigungen:</b>			
Kontoinhaber	Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.

Bitte geben Sie uns eine genaue Schilderung des Hergangs (wenn möglich mit Skizze, ggf. gesondertes Blatt verwenden):

Welchen Abstand hatten die Pferde zum Schadenzeitpunkt voneinander? \_\_\_\_\_  
In welcher Gangart wurden die Tiere geritten?  
Beschreibung der Unfallstelle: \_\_\_\_\_

Andere an der Herbeiführung des Schadens Beteiligte (Namen, Anschriften, amtliche Kennzeichen der Fahrzeuge):

Namen und Anschriften von Zeugen:

Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen:      Anschrift: \_\_\_\_\_

Tagebuch-Nr.: \_\_\_\_\_      Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Wurde ein Strafverfahren / Bußgeldverfahren eingeleitet?       nein     ja

Gegen wen? \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_      Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese?

Kannten Sie den Versicherungsnehmer bereits vor dem Schaden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Führen Sie mit dem Versicherungsnehmer einen gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Besteht zwischen Ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Dienstverhältnis?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie mit dem Versicherungsnehmer verwandt oder verheiratet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie:
Sind Sie Besitzer / Halter eines Tieres?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ich habe:

Wo befand sich Ihr Tier zum Schadenzeitpunkt?

Hatten Sie zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier des Versicherungsnehmers?     nein     ja

Bitte beschreiben Sie das Tier, das den Schaden verursacht hat (Rasse, Farbe, Größe usw.):

Alter, Rasse und Wert Ihres verletzten Tieres?

Besteht für das verletzte Tier eine Lebens- oder Krankenversicherung?     nein     ja  
Wenn ja, Gesellschaft: \_\_\_\_\_      Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

## Bei Schäden mit Pferden

Anzahl der Pferde auf der Weide / im (Offen-)Stall: \_\_\_\_\_

Namen und Anschriften der Eigentümer: \_\_\_\_\_

Wo war Ihr Pferd zum Schadenzeitpunkt eingestellt? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Stallbesitzers \_\_\_\_\_

Zahlen Sie für die Einstellung ein Entgelt?

nein  ja

War das Pferd des Versicherungsnehmers bei Ihnen eingestellt?

nein  ja, gegen folgendes Entgelt: \_\_\_\_\_ / Monat

### Sachschaden

Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_ Hersteller und Typ: \_\_\_\_\_

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

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

Gehört sie zum Betriebsvermögen?  ja  nein

Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt)?  ja  nein

Anschaffungspreis der beschädigten Sache: \_\_\_\_\_

Gebraucht gekauft?  ja  nein

Anschaffungsdatum der beschädigten Sache: \_\_\_\_\_

Ist eine Reparatur möglich?  ja  nein

(Falls vorhanden, bitte Rechnungen und sonstige Belege beifügen)

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten

Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_

Hat eine Besichtigung stattgefunden?  ja  nein

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden: \_\_\_\_\_

Sind die beschädigten Sachen anderweitig versichert?  nein  ja,

(z. B. Feuer-, Glas-, Kfz-, Hausrat-, Leitungswasser-Vers.)

bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

### Brillenschaden

Anschaffungspreis der beschädigten Brille: \_\_\_\_\_

Ist eine Reparatur möglich?  ja  nein

Wann wurde Ihnen die letzte Brille verordnet? \_\_\_\_\_

Anschaffungsdatum der beschädigten Brille: \_\_\_\_\_

Liegt eine Änderung der Sehschärfe vor?  ja  nein

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Sollte die Reparatur der beschädigten Brille nicht mehr möglich sein, bitten wir um Einsendung der Brille.**

**Belege der beschädigten und neuen Brille bitte beifügen.**

### Kfz-Schaden

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Eigentümer des Fahrzeuges seit: \_\_\_\_\_

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat / Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ KW: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_

Welche Teile wurden beschädigt: \_\_\_\_\_

Hatte das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt bereits einen Altschaden?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt)?

nein  ja

Fahrzeughalter (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalles versichert?

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Bei Kfz-Schäden unter 1.000,- EUR kann mit der Reparatur begonnen werden. Kostenvoranschlag bitte einreichen.

Bei Kfz-Schäden über 1.000,- EUR muss ein Gutachter hinzugezogen werden.

### Personenschaden

Name und Anschrift des Verletzten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbstständig:  ja  nein

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

War der Sicherheitsgurt angelegt?  ja  nein

Reitkappe aufgesetzt?  ja  nein

Name und Anschrift des Krankenhauses (bitte mit PLZ): \_\_\_\_\_

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

Name und Anschrift der ambulant behandelnden Ärzte: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte krankgeschrieben?  ja  nein

Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der

Schaden auf dem Weg von oder zur Arbeit?  ja  nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Wer ist der Arbeitgeber?

**Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen und beschädigte Sachen immer bis zum Abschluss der Schadenbearbeitung aufheben!  
Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht:**

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

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