

# 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



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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

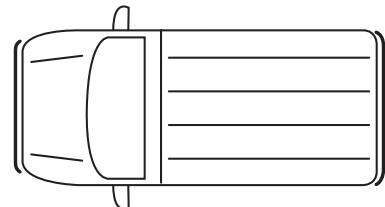
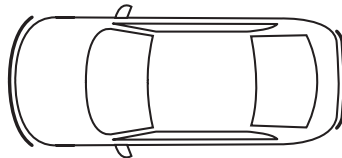
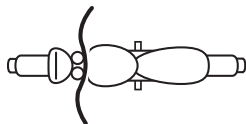
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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](http://www.de/datenschutz)) oder von unserem betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: Marsstrasse 37, 80335 München).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Geschädigten/Anspruchstellers