



Bitte beachten Sie, dass der Fragebogen bei Übermittlung per E-Mail aus technischen Gründen als xml-Datei verschickt wird.  
Die E-Mail enthält einen vorformulierten Standardtext und Sie können sie uns ohne weitere Angaben zusenden.

## FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER

APRIL Deutschland AG  
Motorclaims  
Richard-Reitzner-Allee 1  
85540 Haar

motorclaims  
[motorclaims@april.de](mailto:motorclaims@april.de)

Phone +49(0)89- 43 607-270  
Fax +49(0)89- 43 607-254

**Schadennummer bereits vorhanden:**

**Neuschadenmeldung**

**Bitte füllen Sie die Schadenmeldung möglichst vollständig und wahrheitsgemäß aus.  
Da es sich um ein standardisiertes Formular handelt, können / müssen evtl. nicht alle abgefragten Daten von Ihnen angegeben werden.**

**Unfalldatum:** \_\_\_\_\_

Schadenart:                    Sachschaden                    Personenschaden                    (Mehrfachnennung mgl.)

### **1. Allgemeine Angaben (Anspruchsteller)**

Herr    Frau    Fa.

Name, Vorname:
Anschrift:
PLZ, Wohnort:

**Erreichbarkeit:**

Email:	
Telefon:	Fax:

Konto für Entschädigungen: (Entschädigungszahlungen können ausschließlich per Überweisung erfolgen)

Konto –Inhaber: \_\_\_\_\_  
**(falls abweichend von Fahrzeughalter bitte Geldempfangsvollmacht beifügen)**

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_                    **BIC/ SWIFT:** \_\_\_\_\_

**SIND SIE VORSTEUERABZUGSBERECHTIGT:**                    JA                    NEIN

**2. Angaben zum gegnerischen (ausländischen) Fahrzeug**

Fahrzeugart:

PKW

LKW

Motorrad/Motorroller

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

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

**Versicherung:** \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

**3. Schadenschilderung (bitte immer ausfüllen)**

<b>Schadentag:</b>	<b>Uhrzeit:</b>
<b>Schadensort: [Bitte Straße und Ort angeben]</b>	<b>Land:</b>

Schadenhergang (evtl. Skizze beifügen oder Extrablatt verwenden):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zeugen:

Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:
Email:	Email:

**Polizeiliche Unfallaufnahme:** ja nein

Polizei-Dienststelle:
Adresse:
Telefon:
Tagebuch-Nr.:
Gebührenpflichtige Verwarnung: ja wer: nein

**Alkoholtest:**

Fahrer Fremdfahrzeug: ja nein Ergebnis: \_\_, \_\_ Promille  
Fahrer eigenes Fahrzeug: ja nein Ergebnis: \_\_, \_\_ Promille

**4. Angaben zum eigenen Fahrzeug:**

**Fabrikat/Typ:** \_\_\_\_\_

**Amtl. Kennzeichen:** \_\_\_\_\_ / Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

Schäden am eigenen Kfz:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Höhe der Reparaturkosten: ca. \_\_\_\_\_ €

Gewünschte Abrechnung nach:

Kostenvoranschlag Gutachten Rep.-Rechnung  
Im Falle einer fiktiven Abrechnung kann keine Mehrwertsteuer erstattet werden. (§ 249 Abs. 2 BGB).

Erstzulassung:	Kaufdatum:
Kaufpreis:	KM-Stand Unfalltag, ca.:
Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja nein	
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein	
Sicherheitsschein: ja nein Leasingfahrzeug: ja nein	
Bei Leasingfahrzeugen oder Kreditfinanzierung bitte Freigabeerklärung des Leasing- oder Kreditgebers übersenden, da ansonsten eine Erstattung des Fahrzeugschadens an Sie nicht möglich ist.	

Frühere Schäden (Beschreibung): \_\_\_\_\_

ja nein  
repariert unrepariert



**Behandelnde(r) Arzt/Ärzte:  
Name, Anschrift:**

---

---

Wird der behandelnde Arzt von der Schweigepflicht entbunden?

Nein  
Formular hierfür zu finden unter [www.april.de/kfz](http://www.april.de/kfz)

Ja (bitte Schweigepflichtentbindungserklärung beifügen;

Art und Umfang der Verletzungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Bei Krankenhausaufenthalt: von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Name und Anschrift des Krankenhauses:

---

---

Krankschreibung /Arbeitsunfähigkeit: von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ärztliche Behandlung abgeschlossen: ja nein

Haushaltsführung:

Größe d. Wohnung/Hauses (Fläche in QM):
Anzahl der im Haushalt wohnenden Personen:
Partner berufstätig?:

**Datenschutzhinweis:**

Als Anspruchsteller sind Sie gem. § 158 d Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz, § 3 Ziffer 7 Pflichtversicherungsgesetz verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle zur Feststellung des Schadeneignisses und zur Schadenhöhe erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Nach dem BDSG ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Ihre Daten unterliegen zum Schutz vor unbefugtem Zugriff, missbräuchlicher Verwendung, Zerstörung oder Verlust weit reichenden internen Sicherheitsmaßnahmen, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen.

Der Anspruchsteller **willigt in die Erhebung, Speicherung, Weitergabe, Nutzung und Verarbeitung** seiner personengebundenen Daten und allgemeinen Vertrags- Abrechnungs- und Leistungsdaten nach dem Bundesdatenschutzgesetz durch den Schadenregulierer APRIL Deutschland AG und den Versicherer zum Zweck der Abwicklung und Verwaltung des Leistungsanspruchs **ein**. Eine weitere Datennutzung ist ausgeschlossen, es erfolgt **keine Weitergabe der Daten an Dritte** zu Werbezwecken.

Der Anspruchsteller willigt ein, dass der Schadenregulierer ihm im Rahmen der Schadenabwicklung ohne Einschränkung per E-Mail seine angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Adresse und Bankverbindung, bestätigt. Dem Anspruchsteller ist bekannt, dass bei unverschlüsselten E-Mails nur eingeschränkte Vertraulichkeit gewährleistet ist.

Der Anspruchsteller kann zu jeder Zeit sein **Recht** geltend machen, **eine Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung bezüglich seiner Daten zu fordern**. Diese Rechte, welche durch das Bundesdatenschutzgesetz gesichert sind, können geltend gemacht werden, indem der Anspruchsteller den Schadenregulierer unter der unten angegebenen Adresse kontaktiert:

APRIL Deutschland AG, vertreten durch den Vorstand

Richard-Reitzner-Allee 1, 85540 Haar/München,

E-Mail: motorclaims@april.de, Telefon: +49(0)89-43607-270, Fax: +49(0)89-43607-254

Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Anspruchstellers

Bei elektronischem Versand:

Durch Absenden des ausgefüllten Fragebogens gebe ich gleichzeitig meine Versicherung ab, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.