



FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER / CLAIMANT QUESTIONNAIRE

APRIL Deutschland AG
Richard-Reitzner-Allee 1
85540 Haar

madeira@april.de

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

Unsere Schadennummer: 1001516426 (Our reference)

Bitte füllen Sie die Schadenmeldung vollständig und wahrheitsgemäß aus und senden Sie dieses Formular schnellstmöglich unterschrieben an uns zurück.

Unfall vom (Date of the accident):

Schadenart: Sachschaden (Material damage) Personenschaden (Personal injury)

1. Allgemeine Angaben (Anspruchsteller/Claimant)

Herr Frau Fa.

Name, Vorname (Name, First name):
Anschrift (Address):
PLZ, Wohnort (Postal code, City):

Erreichbarkeit:

Email:
Telefon: Fax:

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

Konto –Inhaber (Name of bank account): _____
(falls abweichend von Fahrzeughalter bitte Geldempfangsvollmacht beifügen)

Geldinstitut (Bank): _____

SWIFT-BIC (Bank code): _____

IBAN (Account number): _____

2. Bei Personenschäden: (nur im Fall von Personenschäden auszufüllen) (In case of personal injury)

Verletzte Person (Injured):
Geburtsdatum (Date of birth):
Familienstand (Marital status): <input type="checkbox"/> alleinstehend (Single) <input type="checkbox"/> verheiratet (Married)
Zahl der Kinder (Number of children):
Geburtsdaten der Kinder (Date of birth of children):

Wegeunfall (Commuting accident)?

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur oder von der Arbeit: ja nein

Zuständige Berufsgenossenschaft (Employer's liability insurance): _____

Krankenversicherer (Health insurance): _____

gesetzlich (Statutory) privat (Private)

Berufliche Tätigkeit (Occupation): _____

selbständig (Self-employed) angestellt (Employee) arbeitslos / arbeitssuchend (Unemployed)

Monatliches Nettoeinkommen (Monthly salary net): _____ €

Ausgeübte Nebentätigkeit (Secondary occupation): _____

Nettoeinkommen aus Nebentätigkeit (Monthly salary net thereto): _____ €

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

Wird der behandelnde Arzt von der Schweigepflicht entbunden (Release of medical records)?

Nein Ja (bitte Schweigepflichtentbindungserklärung beifügen)

Art und Umfang der Verletzungen (Nature of injury):

Bei Krankenhausaufenthalt (In case of inpatient medical treatment): Von (From) ____:____:____
bis (To) ____:____:____

Name und Anschrift des Krankenhauses (Address of hospital):

Krankschreibung /Arbeitsunfähigkeit (Incapacity to work): von (From) _____._____._____ bis (To) _____._____._____

Ärztliche Behandlung abgeschlossen (Medical treatment finished): ja nein

Haushaltsführung (Domestic care):

Größe d. Wohnung/Hauses (Fläche in QM) (Size of house):
Anzahl der im Haushalt wohnenden Personen (Number of persons in household):
Partner berufstätig (Occupation of partner)?:

Datenschutzhinweis:

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

Nach der DSGVO ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn die DSGVO oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Die DSGVO 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 der DSGVO 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 die DSGVO 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: datenschutzbeauftragter@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 (Signature of claimant)