

Fragebogen für Anspruchsteller

Unser Aktenzeichen (bitte stets angeben):

Allgemeine Angaben und Schilderung des Unfallherganges

A. Name des Anspruchstellers: _____
Anschrift: _____ Tel.: _____
Bank: _____ Kontoinh.: _____
IBAN: _____ BIC: _____

B. Name des Mitgliedes: Uckermärkische Verkehrsgesellschaft mbH
Anschrift: Steinstraße 5, 16303 Schwedt/Oder Tel.: 03332/442 726
amtl. Kennzeichen: _____ Name des Fahrers: _____
Ladungsfähige Anschrift des Fahrers: wie Mitgliedsbetrieb

C. Unfallort: _____ Fahrer (Name, Anschrift): _____
Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Andere am Unfall beteiligte Personen (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeuges): _____

Name und Anschrift von Zeugen: _____

Anschrift und Aktenzeichen der den Unfall aufnehmenden Polizeidienststelle: _____

Genauere Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):

Angaben zu Sach- und/oder Personenschäden

Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen!

Unser Aktenzeichen (bitte stets angeben):

D. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden / KFZ

Was wurde beschädigt: _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache (evtl. auch Leasinggeber): _____

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung: Ja Nein

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Bitte Nachweise beifügen): € _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:

Art: _____ Hersteller: _____ Typ: _____ Fahrzeug-Ident.Nr.: _____

amtliches Kennzeichen: _____ Erstzulassung: _____ KM-Stand: _____ km

Durch welche Versicherungsgesellschaft und unter welcher Versicherungsschein-Nummer war das Fahrzeug im Unfallzeitpunkt versichert?

Haftpflicht: _____

Vollkasko: _____ Selbstbeteiligung: € _____ Vers.Nr.: _____

Teilkasko: _____ Selbstbeteiligung: € _____ Vers.Nr.: _____

E. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:

Name des Verletzten: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Beruf: _____ Selbstständig: Ja Nein mtl. Nettoeinkommen: € _____

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: Ja Nein

Wenn ja, von wem: _____ mtl. Nettorente: € _____

Art und Umfang der Verletzung: _____

Sicherheitsgurt angelegt / Schutzhelm getragen: Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis: _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Name und Anschrift der ambulant behandelnden Ärzte: _____

Wurde der Verletzte hauskrank geschrieben / wurde Arbeitsunfähigkeit attestiert: Ja Nein

Wenn ja, von: _____ bis: _____

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte versichert: _____

Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit: Ja Nein

Wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Rentenversicherungsträger: _____

Bitte bei Personenschäden beachten:

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadenanspruchs ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich gleichzeitig mit meiner nebenstehenden Unterschrift Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift

Hinweis nach der Datenschutz-Grundverordnung: Wir weisen darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten zwecks Abwicklung des Schadens in unserem EDV-System auf Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden (Artikel 13 DS-GVO).

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.

Mitteilung gem. § 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Identität des Verantwortlichen:

Mitgliedsbetrieb

Zuständiger Datenschutzbeauftragter ist:

Datenschutzbeauftragter des Mitgliedes

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage:

Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck und im Rahmen der Schadenbearbeitung. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist nach Art. 6 Abs. I lit. f DS-GVO zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich. Eine sachgemäße Schadensabwicklung ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Datenkategorien:

Wir verarbeiten folgende Kategorien von Daten: Personenstammdaten, Daten zum Schadensfall, Kommunikationsdaten, Zahlungsinformationen und Forderungsdaten.

Weitere Empfänger:

Im Rahmen der Schadensabwicklung werden wir Ihre Daten an unseren Rückdeckungsverband, den Haftpflichtverband öffentlicher Verkehrsbetriebe (HÖV), übermitteln.

Dauer der Speicherung:

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die Schadenbearbeitung nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei bis zu dreißig Jahren).

Nach Abschluss der Schadenbearbeitung prüfen wir nach Ablauf von drei Jahren, ob wir Ihre Daten noch benötigen und einer Löschung gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Darüber hinaus haben Sie gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:

Sie haben gemäß Art. 77 DS-GVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für unsere Gesellschaft zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Kontakt Daten der/des jeweiligen Landesbeauftragten für Datenschutz