

Absender:

Ort, Datum

An das
Amtsgericht Hamburg
- Insolvenzgericht -

20348 Hamburg

Eigenantrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens

Ich/Wir beantrage/n

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- in der Eigenschaft als
(Bitte Funktion angeben, z.B. Geschäftsführer/in, Mitgeschäftsführer/in, persönlich haftende/r Gesellschafter/in/innen, Liquidator/in/en/innen, Abwickler/in/innen)

das Insolvenzverfahren zu eröffnen über

- mein Vermögen
- das Vermögen des/der
(genaue Bezeichnung, ggf. mit Rechtsform, Anschrift, Registernummer und Ort des Registers, Tel. Nr. und Fax-Nr. und ggf. Geschäftszweig)

Es besteht der Eröffnungsgrund der

- Zahlungsunfähigkeit.¹
- drohende Zahlungsunfähigkeit.²
- Überschuldung.³
- Zahlungseinstellung⁴ erfolgte am (möglichst genaues Datum angeben): _____

¹ Zahlungsunfähigkeit liegt vor, wenn die fälligen Zahlungsverpflichtungen nicht erfüllt werden können.

² Drohende Zahlungsunfähigkeit liegt vor, wenn voraussichtlich die Zahlungsverpflichtungen im Zeitpunkt der Fälligkeit nicht erfüllt werden können.

³ Überschuldung gemäß § 19 Abs.2 InsO.

⁴ Zahlungseinstellung liegt vor, wenn wegen eines voraussichtlich dauernden Mangels an Zahlungsmitteln die fälligen und von den jeweiligen Gläubigern ernsthaft eingeforderten Verbindlichkeiten im allgemeinen nicht mehr erfüllt werden können und wenn dieser Zustand mindestens für die beteiligten Verkehrskreise nach außen hin erkennbar geworden ist.

- Der Eröffnungsgrund wird wie folgt glaubhaft gemacht:**
(nur ausfüllen, falls der Antrag nicht von allen Mitgliedern des Vertretungsorgans, allen persönlich haftenden Gesellschaftern/innen oder allen Liquidatoren/innen bzw. Abwicklern/innen gestellt wird)

- Zur Zahlung eines Massekostenvorschusses bin ich / sind wir - nicht – bereit und in der Lage.**

- Folgende Anlagen sind dem Antrag beigefügt:**

- Nachweis der Vertretungsbefugnis (z.B. Handelsregisterauszug)
- Anhörungsfragebogen
 - mit Ergänzungsblättern
- letzte Bilanz
- letzte Gewinn- und Verlustrechnung
- letzte betriebswirtschaftliche Auswertung
- Antrag Restschuldbefreiung
- Sonstige

In Kenntnis der Bedeutung einer Versicherung an Eides Statt und der Strafbarkeit der Abgabe einer falschen Versicherung an Eides Statt versichere ich / versichern wir die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner / unserer Angaben an Eides Statt.

Unterschriften aller Antragsteller