

Datum: _____
AZ: _____

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: _____
(Name, Anschrift)

(Beruf, Telefon, Bankverbindung)
vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer: _____

Gegner: _____

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung: _____

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: _____
(Name, Anschrift und Kennzeichen des Fahrzeuges)

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeienstelle hat den Unfall aufgenommen: _____

Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese: _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt? _____
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____
Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) ja nein
Art und Umfang der Beschädigung: _____

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____
Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ EUR
Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage
Die beschädigte Sache kann beschlagnahmt werden bei: _____ Tel.: _____
Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein ; ggf. durch wen: _____
frühere Schäden; Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ KM Stand: _____ Amtl. Kennzeichen: _____
Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____
Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?
Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr.: _____
Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR Nr.: _____
Teilkasko-Versicherung: _____ Nr.: _____
Rechtsschutz-Versicherung: _____ Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: _____
Anschrift: (Postleitzahl) _____ Tel.: _____
Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____
Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig ja nein ; Monatliches Nettoeinkom.: _____ EUR
Name des Arbeitgebers: _____
Anschrift: (Postleitzahl) _____ Tel.: _____
Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein von wem? _____ mtl. _____ EUR
Art und Umfang der Verletzungen _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____
Name und Anschrift des Krankenhauses: _____
Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ja nein vom _____ bis (voraussichtlich) _____
Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____
Lag Berufsuntfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit ja nein
Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein
Bei welcher Anstalt? _____

Der Verletzte ist damit einverstanden, daß die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen
ja nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen _____ Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____, den _____, _____
(Unterschrift des Antragstellers)