

Fragebogen für Anspruchsteller

Name des Anspruchstellers/Mandant: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Konto-Nr.: _____ bei: _____ BLZ: _____

IBAN: _____

Name des Versicherungsnehmers/Unfallgegner: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

versichert bei: _____ Police-Nr.: _____

amtliches Kennzeichen: _____

Name und Anschrift des Fahrers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit _____

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

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: _____

(Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges) _____

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____

Tagebuch-Nr. der aufnehmenden Polizeidienststelle: _____

Gegen wen erheben Sie Ansprüche, und womit begründen Sie diese?

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja nein

vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt)? 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: _____

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel: _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein

frühere Schäden; Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____

Baujahr: _____ km-Stand: _____ amtliches Kennzeichen: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____

Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr. _____

Vollkasko-Versicherung: _____ Selbstbeteiligung _____ EUR Nr. _____

Teilkasko-Versicherung: _____ Selbstbeteiligung _____ EUR Nr. _____

Rechtsschutzversicherung _____ Selbstbeteiligung _____ EUR Nr. _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des/der Verletzten: _____

komplette Anschrift _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig: ja nein monatliches Nettoeinkommen _____ EUR

Name des Arbeitgebers: _____

komplette Anschrift des Arbeitgebers: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein

wenn ja, von wem? _____ monatlich _____ 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 Berufsunfall 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 Versicherungsanstalt) _____

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

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____ den, _____

(Unterschrift des Anspruchstellers/Mandant)