

AZ:

Tel:

Datum:

Fax:

## Fragebogen für Anspruchsteller

Bitte so weit wie möglich ausfüllen. Ansonsten können Angaben auch später noch ergänzt werden.

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 Polizeidienststelle 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 besichtigt 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-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ EUR Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

## Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

(Postleitzahl)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl u. Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Ausübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig: ja  nein ; monatl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ EUR

(Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

(Postleitzahl)

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 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 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)