

Datum: _____

AZ:
Tel.:
Fax:

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: _____

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 Ansprüche 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 wurde die beschädigte Sache angeschafft: _____

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ EUR

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____
(bitte auch Telefon-Nr. angeben)

Hat eine Besichtigung stattgefunden: Ja Nein ggf. durch wen: _____

frühere Schaden (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. _____

Teilkasko-Versicherung: _____ Nr. _____

Vollkasko-Versicherung: _____ Nr. _____

Rechtsschutz-Versicherung: _____ Nr. _____

Bei Ansprüchen wegen **Personenschäden**

Name des Verletzten: _____ geboren am: _____
(auch Geburtsort)

Anschrift: _____
(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Telefon-Nummer)

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig: Ja Nein

Monatliches Nettoeinkommen: _____
(Bescheinigung beifügen)

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____
(vollständige Anschrift und Telefon-Nummer)

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente: Ja Nein

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 (vrstl.): _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: _____

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

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 Beläge sind beizufügen. Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)