

Tel.:

Datum: \_\_\_\_\_

Fax:

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 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-Vers.: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ EUR Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

## Bei Ansprüchen wegen **Personenschäden**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbstständig: ja  nein  ; Monatliches Nettoeinkommen \_\_\_\_\_ EUR  
(Bescheinigung beifügen)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(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)