

Tel.:  
Fax:

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

AZ:

## Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant:

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Beruf, Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja  nein

Halter ist auch Fahrer: ja  nein

Halter ist auch Insasse: ja  nein

Fahrer:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Gegner:

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

Halter ist auch Fahrer: ja  nein

Halter ist auch Insasse: ja  nein

Fahrer:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_ Modell/Typ: \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Versichert bei:

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen des Versicherers: \_\_\_\_\_

Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

Kurze Unfallschilderung:

# 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: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_ Modell/Typ: \_\_\_\_\_

Tag der Erstzulassung: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

(Ort)

Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

SB: \_\_\_\_\_ EUR

(Ort)

Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

(Ort)

Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-Versicherung: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

(Ort)

Nr.: \_\_\_\_\_

## Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

1. Teilnehmer: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

(Ort)

Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_

2. Teilnehmer: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

(Ort)

Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_

3. Teilnehmer: \_\_\_\_\_

(Name, Straße)

(Ort)

Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_

1. Zeuge: \_\_\_\_\_

(Name)

(Anschrift)

2. Zeuge: \_\_\_\_\_

(Name)

(Anschrift)

3. Zeuge: \_\_\_\_\_

(Name)

(Anschrift)

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: \_\_\_\_\_

(Name)

(Anschrift)

# Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

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

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

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

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

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

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

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

von wem? \_\_\_\_\_ mtl. \_\_\_\_\_ EUR  
(Name, Anschrift)

## Art und Umfang der Verletzungen

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ambulant behandelnder 1. Arzt: \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ambulant behandelnder 2. Arzt: \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ambulant behandelnder 3. Arzt: \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ja  nein  vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit ja  nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja  nein

Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen

Gutachten und Auskünfte erteilen ja  nein

## Neutrale Ansprüche:

Gegen wen und welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ (Unterschrift des Antragstellers) \_\_\_\_\_