

Datum: _____

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: _____

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: _____ amt. 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: _____

SB: _____ EUR (Name, Straße)

(Ort) _____ Nr. _____

Teilkasko-Versicherung _____

(Namen; Straße)

(Ort) _____ Nr. _____

Rechtsschutz-Vers.: _____

(Name, Straße)

(Ort) _____ Nr. _____

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

1. Teilnehmer: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ (amt. Kennzeichen)

2. Teilnehmer: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ (amt. Kennzeichen)

3. Teilnehmer: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ (amt. 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: _____ selbständig: ja nein ; monatliches Nettoeinkommen: _____ EUR

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

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)

Ambulant behandelnder 2. Arzt: _____
(Anschrift)

Ambulant behandelnder 3. Arzt: _____
(Name)

Ambulant behandelnder 3. Arzt: _____
(Anschrift)

Ambulant behandelnder 3. Arzt: _____
(Name)

Ambulant behandelnder 3. Arzt: _____
(Anschrift)

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

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: _____
(Name)

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: _____
(Anschrift)

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

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____
(Name)

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____
(Anschrift)

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt?: _____
(Name)

Bei welcher Anstalt?: _____
(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 _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)