

AZ: _____

Datum _____

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: _____

(Name, Anschrift)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer: _____

Gegner: _____

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____

Fabrikat: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____

Schadenummer: _____

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? _____

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? _____