

AZ: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja

Fahrer: \_\_\_\_\_

Gegner: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_