

Fragebogen für Anspruchsteller

Ort/ Datum: _____

Mandant: _____
(Name, Anschrift)

(Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja O nein O
Fahrer: _____

Gegner: _____
(Halter)

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung: (ggf. als Anlage auf Extrablatt + Unfallskizze)

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: _____
(Name, Anschrift und Kennzeichen der Fahrzeuge)

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____ AZ.: _____

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 wurde die beschädigte Sache angeschafft? _____
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: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____
amtl. Kennz.: _____
Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____
Durch welche Gesellschaft 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.: _____

Ansprüche wegen Personenschäden:

Name des Verletzten: _____
Anschrift: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)
Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____
Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig ja nein
mtl. Nettoeinkommen: _____
Name/Anschr. des Arbeitgebers: _____
Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein
von wem: _____ Höhe: _____
Art und Umfang der Verletzungen: _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____
Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
Ambulant behandelnde Ärzte: _____

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

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden? Ja nein

Vorstehende Angaben wurden nach bestem Wissen gemacht.

, den

(Unterschrift)