



Fragebogen für Anspruchsteller

Angaben Mandant

1.1 Name des Anspruchstellers: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

1.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

1.3 Bankverbindung IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

1.4 Fahrer: _____

1.5 Amtliches Kennzeichen des beschädigten eigenen Fahrzeugs: _____

Angaben zum Unfallgegner

2.1 Name des Versicherungsnehmers (Schadensstifters): _____

2.2 Anschrift: _____

2.3 Versichert bei: _____

2.4 Policen-Nr.: _____

2.5 Amtliches Kennzeichen: _____

2.6 Name des Fahrers: _____

2.7 Anschrift des Fahrers: _____ Tel.: _____

3.1 Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt):

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs):

3.4 Name und Anschrift von Unfallzeugen: _____

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Verwarnung Gegner: Ja ☐ Nein ☐ Verwarnung

4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? _____

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber? _____

4.3 Gehört sie zum Betriebsvermögen? Ja ☐ Nein ☐ Vorsteuerabzugsberechtigt ? Ja ☐ Nein ☐

4.4 Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (lt. Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung u.ä.): _____

4.5. Art und Umfang der Beschädigungen: _____

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel.: _____

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Typ(Marke/Modell): _____ Erstzulassung: _____ Km-Stand: _____

Fahrgestellnummer: _____ FIN:-Nr.: Amtl. Kennz.: _____

5.2 Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert ?

Haftpflichtversicherung: _____ Nr.: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR Nr.: _____

Teilkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR Nr.: _____

Rechtsschutzversicherung: Nr.: _____ Nr.: _____

6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

6.1 Name des Verletzten: _____

6.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

6.3 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

6.4 Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig ? Ja ☐ Nein ☐ Monatliches Nettoeinkommen: _____ EUR

6.5 Name des Arbeitgebers: _____

6.6 Anschrift des Arbeitgebers : _____ Tel.: _____

6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja ☐ Nein ☐ Von wem ? : _____ monatl. €: _____

7.1 Art und Umfang der Verletzung: _____

7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ ggf. Fahrradhelm?

7.3 Krankenhausaufenthalt vom bis (voraussichtlich) _____

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte: _____

7.6 Ist der Verletzte hauskrankgeschrieben? Ja ☐ Nein ☐ vom bis (voraussichtlich) _____

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

7.8 Lag ein Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit ? Ja ☐ Nein ☐

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja ☐ Nein ☐ _____

7.11 Bei welcher Anstalt ? _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift