

## 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: \_\_\_\_\_

Seite 2 von 3

6.4 Ausübter 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  ggf. Fahrradhelm? Ja  Nein

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