

Datum: _____

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: _____
(Name, Anschrift)

(Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt ja nein

Fahrer: _____

Gegner: _____
(Halter)

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

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 ist die beschädigte Sache angeschafft worden ? _____

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/Anshr. 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 (vorauss.) _____

Welche Krankenkasse? _____

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

Ja nein