

## Fragebogen für Anspruchsteller

1.1 Name des Anspruchstellers: \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

1.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

1.3 Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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

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? \_\_\_\_\_

### 4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

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

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein

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

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### 5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Typ: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_

Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_

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

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: EUR \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: EUR \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **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: Tel.: \_\_\_\_\_

**6.7** Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein  Von wem ? \_\_\_\_\_  
monatl. EUR \_\_\_\_\_

**7.1** Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

**7.2** Sicherheitsgurte angelegt? 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 grankgeschrieben? 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

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.