

AZ: _____

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: _____
(Name, Beruf, Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein Beruf: _____

Fahrer: _____

Gegner: _____

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nummer: _____

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung: _____

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: _____
(Name, Anschrift und Kennzeichen des Fahrzeuges)

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____

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: _____

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage

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

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein ; ggf. durch wen: _____

frühere Schäden: Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

KM Stand: _____ Fahrgestellnummer: _____

kw: _____ ccm: _____

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

Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr.: _____

Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung: _____ Euro Nr.: _____

Teilkasko-Versicherung: _____ Nr.: _____

Personenschäden

Bei Ansprüchen wegen

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl)

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

Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig: ja nein ; Monatliches Nettoeinkommen _____ Euro
(Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein von wem? _____ mtl. _____ Euro

Art und Umfang der Verletzungen _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Behandelnde Ärzte: _____

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

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt? _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit ja nein

Der Verletzte ist damit einverstanden, daß die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen

ja nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen _____ Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____, den _____ (Unterschrift des Antragstellers)