

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant:

Name, Anschrift: _____

Beruf, Telefon, Email: _____

Bank-/Kontoverbindung: _____

Fahrer: _____

Gegner (Fahrzeughalter): _____

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 des Fahrzeugs): _____

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?: _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache (Finanziert, Leasing)? _____

Betriebsvermögen? Ja Nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) Ja Nein

Art und Umfang der Beschädigung: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ KM-Stand: _____

Amtl. Kennzeichen: _____

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

Haftpflichtversicherung: _____ NR: _____

Vollkasko-Versicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ NR: _____

Teilkasko-Versicherung: _____ NR: _____

Rechtsschutzversicherung: _____ NR: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Bankverbindung: _____

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

Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig: Ja Nein

Anschrift: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein

von wem? _____ Mtl.EUR

Art und Umfang der Verletzungen _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein

vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich krankenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

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)