

Fragebogen für Anspruchsteller

Aktenzeichen des Versicherers:

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

1. Daten Anspruchsteller

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Tel.:	
Berufliche Tätigkeit:	
Bank:	
IBAN:	
BIC:	
Kontoinhaber:	
Fahrer:	

2. Daten Versicherungsnehmer

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Tel.:	
Versichert bei:	
Policen-Nr.:	
Amtliches Kennzeichen:	
Name des Fahrers:	
Anschrift des Fahrers:	
Tel. des Fahrers:	

3. Angaben zum Unfall

3.1

Unfallort:	
Unfalltag:	
Unfallzeit:	

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (s. **Beiblatt!**)

3.3 Andere am Unfall beteiligten Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeugs):

3.4 Name und Anschrift der 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 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.):

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden

bei:

Tel.:

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

Art:	
Hersteller:	
Typ:	
Fahrzeug-Identnr.:	
Hubraum:	
kW:	
Amtl. Kennz.:	
Erstzulassung	
Km-Stand:	

5.1

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

Haftpflichtversicherung:

Vollkaskoversicherung:	
Selbstbeteiligung in EUR:	
Nr.:	

Teilkasko-Versicherung:	
Selbstbeteiligung in EUR:	
Nr.:	

Rechtsschutz-/ Verkehrsservice-Versicherung:	
Nr.:	

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten:	
Anschrift:	
Tel.:	
Geburtsdatum:	
Familienstand:	

Zahl und Alter der Kinder:

Ausgeübter Beruf: selbstständig: ja nein

Monatl. Nettoeinkommen in EUR:

Name des Arbeitgebers:	
Anschrift:	
Tel.:	

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein

Von wem:

monatl. EUR:

7.

Art und Umfang der Verletzung:

Sicherheitsgurte angeleget: ja nein

Krankenhausaufenthalt von: 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 von oder zu der Arbeit:

ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja nein

Bei welcher Anstalt:

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadensersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. ja nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht:

Ort, Datum

Unterschrift

Beiblatt zu 3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze: