

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant:

(Name & Anschrift)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer: _____

Gegner: _____

(Name & Anschrift)

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei & Versicherungs-Nr.:

Unfallort: _____ Unfalltag - und Zeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

Andere am Unfall beteiligten Verkehrsteilnehmer: _____

(Name & Anschrift)

Wurde der Unfall von Zeugen beobachtet: ja nein

Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen: ja nein

Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese:

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt? Art und Umfang bitte beschreiben:

Gehört es zum Betriebsvermögen? ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

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

frühere Schäden, Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Bj: _____ KM-Stand: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____

Wo war das Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls versichert? Versicherungs-Nr. & SB auch angeben!

Besteht eine Rechtsschutzversicherung? ja Wo & SB: _____ nein

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name und Anschrift des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl & Anzahl Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig: ja nein mtl. Nettoeinkommen: _____

Name und Anschrift Arbeitgeber: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente?

ja von wem? wie hoch monatlich? _____ nein

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte krank geschrieben? ja von wann bis wann? _____ nein

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

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

Wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja Bei wem? _____ nein

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen

Gutachten und Auskünfte erteilen: ja nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift, **hiermit versichere ich, dass die Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden**)