

# Fragebogen für Anspruchsteller

1.1 Anspruchsteller (Fahrzeughalter): \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

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

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

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

Fahrer: (Falls abweichend vom Anspruchsteller): \_\_\_\_\_

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

=====

2.1 Versicherungsnehmer (Unfallverursacher): \_\_\_\_\_

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

2.2 Versichert bei: \_\_\_\_\_ 2.3 Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

2.4 Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

2.5 Fahrer (falls abweichend vom Versicherungsnehmer) Name: \_\_\_\_\_

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

=====

3.1 Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

3.2 Genaue Unfallschilderung: (möglichst mit Skizze, ggf. auf gesondertem Blatt)

Der Unfall ereignete sich wie folgt:

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: Name: \_\_\_\_\_

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

3.4 Name und Anschrift evtl. Unfallzeugen:

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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: Name: \_\_\_\_\_

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

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt:  JA  NEIN

4.4 Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_

4.5 Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden: \_\_\_\_\_

4.6 Voraussichtliche Höhe der Wiederherstellungskosten, falls bekannt: (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.): \_\_\_\_\_

4.7 Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_ Tage

4.8 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: Name: \_\_\_\_\_

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

4.9 Hat eine Besichtigung stattgefunden:  JA  NEIN

ggf. durch wen: \_\_\_\_\_

4.10 Frühere Schäden; Zahl und Umfang: \_\_\_\_\_

=====

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

5.1 Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_

Fahrzeugidentitätsnummer: \_\_\_\_\_ Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_

5.2 Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen: \_\_\_\_\_

5.3 Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) war das Fahrzeug versichert:

Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Vers.:  JA  NEIN Selbstbeteiligung: EUR \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Vers.:  JA  NEIN Selbstbeteiligung: EUR \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

5.4 Rechtsschutz:  JA  NEIN Selbstbeteiligung: EUR \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

5.5 Leasing-Fahrzeug:  JA  NEIN

Leasing-Bank: \_\_\_\_\_

=====

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

6.1 Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

6.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

6.3 Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig:  JA  NEIN monatl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_

6.4 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

6.3 Anschrift: \_\_\_\_\_

6.4 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente:

JA  NEIN falls ja, von wem: \_\_\_\_\_ monatlich EUR: \_\_\_\_\_

7.1 Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_

7.2 Sicherheitsgurt angelegt:  JA  NEIN

7.3 Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte (Name, Anschrift, Tel.):

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben worden:  JA  NEIN von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: \_\_\_\_\_

7.8 Berufsunfall bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit:  JA  NEIN

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

7.10 Ist der Verletzte Rentenversichert:  JA  NEIN

7.11 Bei welcher Anstalt: (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

=====

8. Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und

Auskünfte erteilen:  JA  NEIN

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)