

## FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER

1.)Name des Anspruchstellers:.....berufliche Tätigkeit .....

a)Anschrift:.....Tel:.....

b)Konto-Nr.:.....bei:.....BLZ:.....

Konto-Inhaber:.....

c)Fahrer:.....

2.)Name des Versicherungsnehmers:.....

a)Anschrift:.....Tel:.....

b)versichert bei:.....c)Policen-Nr.:.....

d) Amtliches Kennzeichen:.....e) Name des Fahrers:.....

f)Anschrift des Fahrers:.....Tel:.....

3)Unfallort:.....Unfalltag:.....Unfallzeit:.....

a)Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs):.....

b)Name und Anschrift der Unfallzeugen.....

c)Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? AZ .....

### 4.) BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

a)Was wurde beschädigt?.....

b)Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache evtl. Leasinggeber?.....

c) Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein

d)Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp):  
.....

e) Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: .....Tel:.....

### 5.) BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN

a)Art:.....Hersteller.....Typ:.....

Fahrzeugidentnr.....Hubraum:.....kW:.....

Amtl.Kennz:.....Erstzulassung:.....Km-Stand:.....

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

Haftpflichtversicherung:.....

Vollkaskoversicherung:.....Selbstbeteiligung-EUR:.....Nr.....

Teilkasko-Versicherung .....Selbstbeteiligung-EUR:.....Nr.....

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung:.....Nr.....

---

### 6.) BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

a) Name des Verletzten: .....

b)Anschrift :.....Tel.:.....

c) Geburtsdatum:.....Familienstand:.....Zahl und Alter der Kinder:.....

d)Ausgeübter Beruf:.....selbständig: ja  Nein

Monatl. Nettoeinkommen EUR:.....

e) Name des Arbeitgebers:.....

f)Anschrift:.....Tel.:.....

g) Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente  Ja  Nein

Von wem: .....monatl. EUR:.....

---

### 7.) ART UND UMFANG DER VERLETZUNG .....

a) Sicherheitsgurte angelegt?  Ja  Nein

b) Krankenhausaufenthalt von: .....bis (voraussichtlich):.....

c) Name und Anschrift des Krankenhauses: .....

d) Ambulant behandelnde Ärzte:.....

e) Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?  Ja  Nein  Vom:.....bis

(voraussichtlich).....

f) Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? .....

g) Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit ?

Ja  Nein

h) Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?.....

i) Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?  Ja  Nein

j) Bei welcher Anstalt? .....