

FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER

Aktenzeichen des Versicherers:		Aktenzeichen des Anspruchstellers:	
1.1	Name des Anspruchstellers:		
	Berufliche Tätigkeit:		
1.2	Anschrift:		
	Telefonnummer:		
1.3	IBAN:		
	BIC		
1.4	Name des Fahrer:		
	Name des Halter:		
2.1	Name des Gegners:		
2.2	Anschrift:		
	Telefonnummer:		
2.3	versichert bei:		
2.4	Policen-Nummer		
2.5	Amtl. Kennzeichen		
2.6	Anschrift des Fahrers: (wenn abweichend Gegner)		
	Telefonnummer:		
3.1	Unfallort:		
	Unfalltag, Unfallzeitpunkt:		
3.2	Unfallschilderung/Skizze:		
3.3	Anschrift anderer, am Unfall beteiligter Verkehrsteilnehmer:		
	amt. Kennzeichen:		
3.4	Anschrift Unfallzeugen:		
3.5	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?		
Ort, Datum		Unterschrift	

BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1	Was wurde beschädigt?	
4.2	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber?	
4.3	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	
4.4	Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung)	
4.5	Die o. g. Sache kann besichtigt werden bei: Telefonnummer:	

BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

5.1	Name des Verletzten:	
5.2	Anschrift:	
5.3	Geburtsdatum: Anzahl und Alter der Kinder:	
5.4	ausgeübter Beruf: Sind Sie selbstständig? monatliches Nettoeinkommen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.5	Name des Arbeitgebers: Anschrift: Telefon:	
5.6	Beziehen Sie bereits Rente? Wenn ja, von wem? Monatlich EUR:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ART UND UMFANG DER VERLETZUNGEN

6.1	War der Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.2	Krankenhausaufenthalt:	vom <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/>
6.3	Anschrift des Krankenhauses	
6.4	ambulant behandelnde Ärzte:	
6.5	Liegt Ihnen ein Krankenschein vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		von <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/>
6.6	Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	
6.7	Liegt ein Arbeitsunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.8	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?	
6.9	Sind Sie rentenversichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.10	Bei welcher Anstalt?	

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadenersatzanspruchs 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, und zwar auch über meinen Tod hinaus. ja nein

VORSTEHENDE ANGABEN HABE ICH NACH BESTEN GEWISSEN GEMACHT.

Ort, Datum

Unterschrift