



Fragebogen für Anspruchsteller

| | | | |
|--------------------------|-------|-----------------------|---------------------------|
| Mandant | Herr | Halter/Name/ Firma | |
| | Frau | | |
| | Firma | | |
| Vorname/ geset. Vert. | | | Fahrer |
| Straße, Nr. | | | Anschrift Fahrer |
| PLZ, Ort | | | Kontoinhaber |
| Telefon | | | Iban |
| Telefax | | | BIC |
| E-Mail | | | vorsteuerabzugsberechtigt |
| | | | ja |
| | | | nein |

| | | | |
|--------------------------|-------|---------------------------|-------------------|
| Gegner | Herr | Halter/ Name/ Firma | |
| | Frau | | |
| | Firma | | |
| Vorname/ geset. Vert. | | | Versicherung |
| Fahrzeugart | | | Versicherter |
| Fabrikat | | | Police-Nummer |
| Fahrer | | | Schaden-Nummer |
| Anschrift Fahrer | | | amtl. Kennzeichen |

Unfall

Unfallort

Datum

Uhrzeit

Hergang
Skizze

(sollte dieser Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt)

Polizeistelle

Vorgangsnummer

sonstige Angaben

Zeuge 1

Zeuge 2

Straße, Nr.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

Name

Vorname

Straße, Nr.

amtl. Kennzeichen

PLZ, Ort

Sachschäden**Beschädigtes Kraftfahrzeug**

Fahrzeugart

amtl. Kennzeichen

Baujahr

Versicherung

km-Stand

Versicherungs-
nehmer d.
FahrzeugsFahrgestell-
nummer

Police-Nummer

| | | |
|-------------|------------|---------------------|
| Fabrikat | | Haftpflicht |
| Vorbesitzer | | Police-Nummer |
| Kasko-Ver. | Vollkasko | Police-Nummer Kasko |
| | Teilkasko | |
| Eigentümer: | geleast | |
| | finanziert | |
| | Andere | |

Personenschäden

| | | | |
|------------------|----------------------------------|------------|-----------------------------|
| | Herr | Geburtstag | <input type="text"/> |
| | Frau | | |
| Name | | | |
| | Vorname | | Telefon |
| | Straße, Nr. | | Telefax |
| | PLZ, Ort | | Email |
| Famlienstand | ledig | | Ehegatte/ Partner |
| | verheiratet | | ja |
| | verwitwet | | nein |
| | eingetragene Lebenspartnerschaft | | |
| Selbstständig | ja | Rente | ja |
| | nein | | nein |
| | | | Kinder: Anzahl/ Alter |
| ausgeübter Beruf | | | |
| Arbeitgeber | | | |
| | Straße, Nr. | | Telefon |
| | PLZ, Ort | | Telefax |

Verletzung
Art/Umfang

Krankenhaus-
aufenthalt

ja
nein

Berufsunfall

ja
nein

Krankenhaus

Krankschreibung

ja
nein

Straße, Nr.

Dauer

PLZ, Ort

Arzt

Dauer

Straße, Nr.

Krankenkasse

PLZ, Ort

Berufsge-
nossenschaft

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnde Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskunft erteilen.

Rechnungen und sonstige Belege sind beigelegt

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht

Ort, Datum

Unterschrift,
Firmenstempel