

Fragebogen für Anspruchsteller aus einem Verkehrsunfall

Eigentümer des PKW / Anspruchsteller

Name des Anspruchstellers:

Anschrift des Anspruchstellers:

IBAN:

Kontoinhaber:

Fahrer / Versicherungsnehmer / Versicherung

Name des Fahrers:

Anschrift des Fahrers:

Name des
Versicherungsnehmers:

Anschrift des
Versicherungsnehmers:

Versichert bei:

Versicherungsnummer:

Amtliches Kennzeichen:

Angeben zum Unfall

Unfallort:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Genauere Schilderung des Unfalls mit Skizze:

Unfallgegner:

Name des Unfallgegners:

Anschrift:

Fahrzeug:

Amtliche Kennzeichen:

Kfz. Haftpflichtversicherung:

Unfallzeugen:

Name und Anschrift von
Unfallzeugen:

Welche Polizeidienststelle hat
den Unfall aufgenommen:

Sachschäden:

Was wurde beschädigt:

Wer ist Eigentümer der
beschädigten Sache,
eventuell Leasinggeber?:

Vorsteuerabzugsberechtigt:

- ja
 nein

Zur Ermittlung der voraussichtlichen Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten ist beigefügt:

- Gutachten
 Kostenvoranschlag
 Rechnung

Die beschädigte Sache kann
besichtigt werden bei:

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:

Art:

Hersteller:

Typ:

Fahrzeug Ident Nummer:

Amtliches Kennzeichen:

Erstzulassung:

Kilometerstand:

Versicherung

Haftpflichtversicherung: Vers.Nr.:

Selbstbeteiligung:

Vollkaskoversicherung: Vers.Nr.:

Teilkaskoversicherung: Vers.Nr.:

Selbstbeteiligung:

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

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum Unterschrift

Bitte füllen Sie das Formular aus und schicken es unterschrieben per E-Mail, Fax oder Post an uns.

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:

Name des Verletzten:

Anschrift des Verletzten:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Zahl und Alter der Kinder:

Ausgeübter Beruf:

Selbstständig: ja
 nein

monatliches Nettoeinkommen:

Name des Arbeitgebers:

Anschrift des Arbeitgebers:

Bezieht der Verletzte
unabhängig von diesem
Unfall eine Rente? ja
 nein

von wem:

Monatlich / Euro:

Art und Umfang der Verletzung:

Sicherheitsgurte angelegt: ja
 nein

Krankenhausaufenthalt vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
	vom		bis
	vom		bis

Name und Anschrift des Krankenhauses:

Ambulant behandelnde Ärzte:

Ist der Verletzte
krank geschrieben:

- ja
 nein

vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
	vom		bis
	vom		bis

Krankenkasse des
Verletzten:

Lag ein Berufsunfall bzw.
Wegeunfall vor:

- ja
 nein

Zuständige
Berufsgenossenschaft:

Ist der Verletzte gesetzlich
rentenversichert:

- ja
 nein

Bei welcher Rentenanstalt:

Zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadensersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung eines Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zwecke befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete vom Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von Ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

- ja
- nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum/Unterschrift

Bitte füllen Sie das Formular aus und schicken es unterschrieben per E-Mail, Fax oder Post an uns.