

**Fragebogen für Anspruchsteller****Mandant:**\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)\_\_\_\_\_  
(Beruf, Telefon, E-Mail-Adresse)\_\_\_\_\_  
(Bankverbindung)\_\_\_\_\_  
(Rechtsschutzversicherung, Vers.-Nr.)Vorsteuerabzugsberechtigt:  Ja  Nein

Fahrer, wenn nicht Mandant: \_\_\_\_\_

**Gegner:**\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)\_\_\_\_\_  
(Fahrer, wenn nicht Gegner selbst)\_\_\_\_\_  
(Fahrzeugart, Fabrikat und amtliches Kennzeichen Gegner)\_\_\_\_\_  
(Versicherung bei, Policen-Nr. ggf. Schaden-Nr.)

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

**Bitte schildern Sie kurz den Unfallhergang (*zwingende Angabe*):**

Namen und Anschrift von Unfallzeugen: \_\_\_\_\_

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? \_\_\_\_\_  
(Dienststelle, polizeiliches Aktenzeichen)

Ggf. andere am Unfall beteiligte Fahrzeuge: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift u. Kennzeichen)

**Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:**

Was wurde beschädigt: \_\_\_\_\_

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? \_\_\_\_\_

Gehört sie zum Betriebsvermögen? :  Ja  Nein Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.) :  Ja  Nein

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

Hat eine Besichtigung stattgefunden? :  Ja  Nein; ggf. durch wen: \_\_\_\_\_

frühere Schäden; Art und Umfang: \_\_\_\_\_

**Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:**

Durch welche Gesellschaft und unter welcher Versicherungs-Nr. war das beschädigte Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Vers.: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Vers.: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Selbstbeteiligung Vollkasko-Vers. \_\_\_\_\_ EUR

**Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:**

\_\_\_\_\_  
(Name u. Anschrift des Verletzten)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Familienstand

\_\_\_\_\_  
Zahl und Alter der Kinder

\_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf

Selbständig:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Mtl. Nettoeinkommen EUR

\_\_\_\_\_  
(Name u. Anschrift des Arbeitgebers)

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
ggf. von wem? mtl. Höhe (EUR)

Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Namen und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?  Ja  Nein von \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit?  Ja  Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?  Ja  Nein

Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen

Ja  Nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift