

Fragebogen für Anspruchsteller

1. Persönliche Angaben des Geschädigten (Anspruchsteller)

Name:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

Bankverbindung des Anspruchstellers

Kontoinhaber:

Kontonummer:

BLZ / Kreditinstitut:

Kraftfahrthaftpflichtversicherung des Anspruchstellers

Versicherer:

Versicherungsschein-Nr:

Kasko-Versicherung des Anspruchstellers

Versicherer:

Versicherungsschein-Nr:

Fahrer:

Name:

Straße:

PLZ / Wohnort:

[BANNERT]

Rechtsanwaltskanzlei

2. Angaben zum Unfallgegner

Name d. Fahrzeughalters:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

Kraftfahrthaftpflichtversicherung des Unfallgegners

Versicherer:

Versicherungsschein-Nr.:

Fahrer:

Name:

Straße:

PLZ / Wohnort:

3. Angaben zum Unfall

Unfalltag: Unfallzeit: Unfallort:

Genaue Unfallschilderung:

Umfallskizze (ggf. auf gesonderten Blatt) :

Skizze bitte handschriftlich ausführen.

▼ weiter auf nächster Seite

[BANNERT]

Rechtsanwaltskanzlei

Unfallbeteiligte:

Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	Anschrift:	<input type="text"/>

Weitere bitte auf gesonderten Blatt

Unfallzeugen:

Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	Anschrift:	<input type="text"/>

Weitere bitte auf gesonderten Blatt

Aktenzeichen der Polizei:

4. Schaden am Fahrzeug

Fahrzeugart

Fabrikat / Typ:	<input type="text"/>		
Baujahr:	<input type="text"/>	Kilometerstand:	<input type="text"/> km
		Vorbesitzer:	<input type="text"/>

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? Ja Nein

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

Besteht ein Leasingvertrag? Ja Nein

Wenn ja: Leasinggesellschaft:

Leasing-Nr:

Besichtigung durch Sachverständigen? Ja Nein

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Frühere Schäden

Anzahl:	<input type="text"/>
Umfang:	<input type="text"/>

[BANNERT]

Rechtsanwaltskanzlei

5. Sachschäden

Beschädigter Gegenstand:	Eigentümer des Gegenstandes	Art und Umfang der Beschädigungen am Gegenstand:	Anschaffungsdatum:

Weitere bitte auf gesonderten Blatt

6. Personenschäden

Art und Umfang der Verletzung:

Weitere bitte auf gesonderten Blatt

Stationär behandelndes Krankenhaus:

Ambulant behandelnde Ärzte:

Arbeitsunfähig krank geschrieben?

Nein

Ja

von:

bis:

Berufs- oder Wegeunfall:

Berufsgenossenschaft:

Ausgeübter Beruf:

Selbstständig:

Arbeitgeber:
(Name, Anschrift)

Monatl. Nettoeinkommen:

€

Ausgefülltes Formular bitte ausdrucken und hier unterschreiben.

Ort

Datum

Unterschrift