

Fragebogen

für Anspruchsteller

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

Aktenzeichen des Versicherers:

1.1 Name des Anspruchstellers: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

1. Anschrift: _____ Tel.: _____

1.3 Konto-Nr.: _____ bei: _____ BLZ: _____

Kontoinhaber: _____

1.4 Fahrer _____

2.1 Name des Versicherungsnehmers (Schadensstifter): _____

2.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

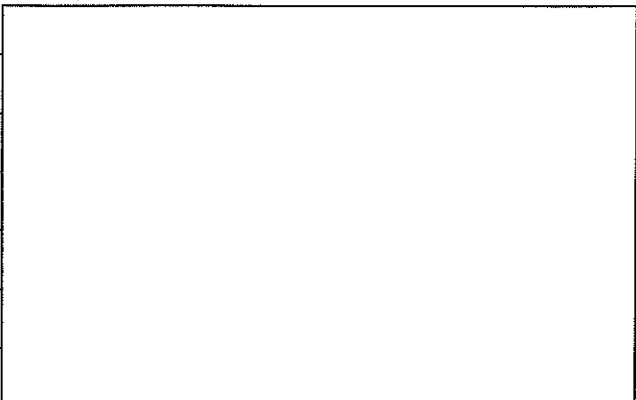
2.3 Versichert bei: _____ 2.4 Policen-Nr.: _____

2.5 Amtliches Kennzeichen: _____ 2.6 Name des Fahrers: _____

2.7 Anschrift des Fahrers: _____

3.1 Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einen besonderen Blatt):

_____	

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges):

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____

4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? _____

4.2 Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache evtl. Leasinggeber? _____

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja

Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.)

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

Tel.: _____

5. Bei beschädigten Fahrzeugen

5.1 Typ: _____

Erstzulassung: _____

km-Stand: _____

Fahrgestellnr.: _____

Fident. Nr.: _____

Amtl. Kennz.: _____

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

_____ Haftpflichtversicherung: _____

Vollkaskoversicherung: _____

Selbstbeteiligung €: _____

Nr.: _____

Teilkasko-Versicherung: _____

Selbstbeteiligung €: _____

Nr.: _____

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: _____

Nr.: _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum/Unterschrift

6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

6.1 Name des Verletzten: _____

6.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

6.3 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

6.4 Ausgeübter Beruf: _____ selbständig: Ja Nein monatl. Nettoeinkommen €: _____

7.1 Art und Umfang der Verletzung: _____

7.2 Sicherheitsgurt angelegt? Ja Nein

7.3 Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte: _____

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?: Ja Nein Vom: _____ bis (voraussichtlich): _____

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

7.8. Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? Ja Nein

7.9 Welcher Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

7.11 Bei welcher Anstalt? _____

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

Ja Nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum/Unterschrift