

Fragebogen für Anspruchsteller

1. Angaben zum Anspruchsteller:

1.1 Anspruchsteller:

1.2 Anschrift:

1.3 Bank: Nr.: BLZ:

1.4 Fahrer (falls abweichend von 1.1):

2. Angaben zum Anspruchsgegner:

2.1 Fahrer/Schadenstifter:

2.2 Anschrift: Tel.:

2.3 Versichert bei: 2.4 VS-Nr:

2.5 Amtl. Kennzeichen des Unfallverursachers

2.6 Name, Anschrift des Halters/VN (falls abweichend von Ziff. 2.1.):
.....

3. Angaben zum Unfall:

3.1 Unfallort (Gemeinde, Straße):

3.2 Unfalltag: 3.3. Unfallzeit:

3.4 Unfallschilderung (ggfs. weitere Ausführungen sowie Skizze auf einem gesonderten Blatt):
.....

3.5 Name, Anschrift anderer am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:
.....

3.6 Name und Anschrift von Unfallzeugen:
.....

3.7 Unfallaufnehmende Polizeidienststelle:
.....

4. Bei Sachschäden:

4.1 Was wurde beschädigt: Pkw, Anhänger, Krad,

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache: 1.1 oder

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigung: nein / ja

4.4 Wiederherstellungs-/Wiederbeschaffungskosten: s. SV-Gutachten

4.5 Beschädigtes Fahrzeug kann besichtigt werden beim: Autohaus

5. Bei beschädigtem eigenen Kraftfahrzeug:

5.1 Typ: **Erstzulassung:**

5.2 Amtl. Kennzeichen: **km-Stand:**

5.2 Versicherungen u. Policen-Nr. des eigenen Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt:

Haftpflicht:..... **VS-Nr.:**

Vollkasko: **SB:** **VS-Nr.:**

Teilkasko: **SB:** **VS-Nr.:**

Rechtsschutz: **VS-Nr.:**

5.3 Leasing-Fahrzeug: nein / ja **Leasing-Bank:**

6. Bei Personenschäden:

6.1 Name u. Anschrift des Verletzten:

6.2 Geburtsdatum: **Fam.-Stand:** verh. / ledig

6.4 Beruf:

Angestellter/ Arbeitgeber:

selbständig als

Hausfrau/Hausmann-Pers-Haushalt; minderj Kinder

Mithilfe im Haushalt als Ehegatte-Pers-Haushalt minderj Kinder

b e a c h t e zum Mithilfeausfallschaden Formular verkehr4-2-4-11 !!

7. Angaben zur Verletzung:

7.1 Art und Umfang der Verletzung (wie HWS-Trauma, Prellung, Frakturen)

.....

7.2 Sicherheitsgurt angelegt: ja

7.3 Krankenhausaufenthalt (voraussichtlich): .nein / ja, vom bis

7.4 Name/Anschrift des Krankenhauses:

7.5 Ambulant behandelnder Arzt:

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: nein / ja von..... bis

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an:

7.8 Lag Berufsunfall: ja / nein

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja / nein

7.11 Name und Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

.....