

Fragebogen für Anspruchsteller

webis legal GmbH Rechtsanwaltsgesellschaft
Bahnhofstrasse 79 73312 Geislingen
Tel.: 07331-42035 Fax: 07331-42034
E-Mail: info@advo-cat.de

Aktenzeichen des Versicherers:
Aktenzeichen des Anspruchstellers:



1.1. Name des Anspruchstellers:

1.2. Anschrift: Tel.:
(Postleitzahl)

1.3. Konto-Nr.: bei:

2.1. Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifters):

2.2. Anschrift: Tel.:
(Postleitzahl) Strasse Nr.

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

2.5. Amtliches Kennzeichen 2.6. Name des Fahrers:

2.7. Anschrift des Fahrers: Tel.:
(Postleitzahl)

3.1. Unfallort: Unfalltag: Unfallzeit:

3.2. Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem 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. Gegen wen erheben Sie Ansprüche, und womit begründen Sie diese: gegen VN als Verursacher

.....

5. Bei Ansprüchen wegen **Sachschäden**

- 5.1. Was wurde beschädigt:
- 5.2. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache:
- 5.3. Gehört sie zum Betriebsvermögen: ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer): ja nein
- 5.4. Art und Umfang der Beschädigung:
-
- 5.6. Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: EUR
- 5.7. Voraussichtliche Reparaturdauer:
- 5.8. Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: Tel.:
- 5.9. Hat eine Besichtigung stattgefunden: ja nein ; ggf. durch wen:
- 5.10. Frühere Schäden; Zahl und Umfang:

6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

- 6.1. Fahrzeugart: Fabrikat: Baujahr: km-Stand: Amtliches Kennz.:
- 6.2. Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen:
- 6.3. Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert:
- Haftpflicht-Versicherung: Nr.:
- Vollkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung: EUR Nr.:
- Teilkasko-Versicherung: Nr.:
- Rechtsschutz-Versicherung: Nr.:

7. Bei Ansprüchen wegen **Personenschäden**

- 7.1. Name des Verletzten:
- 7.2. Anschrift: Tel.:
(Postleitzahl)
- 7.3. Geburtsdatum: Familienstand: Zahl und Alter der Kinder:
- 7.4. Ausgeübter Beruf: selbständig: ja nein monatliches Nettoeinkommen: EUR
(Bescheinigung beifügen)
- 7.5. Name des Arbeitgebers: Tel.:
- 7.6. Anschrift: Tel.:
(Postleitzahl)
- 7.7. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja nein ; von wem: monatl. €

- 8.1. Art und Umfang der Verletzungen:
-
- 8.2. Krankenhausaufenthalt von bis (voraussichtlich)
- 8.3. Name und Anschrift des Krankenhauses: Tel.:
(Postleitzahl)
- 8.4. Ambulant behandelnde Ärzte:
(genaue Anschriften mit Postleitzahl)
- 8.5. Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja nein vom bis (voraussichtlich)
- 8.6. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an:
- 8.7. Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit: ja nein
- 8.8. Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:
- 8.9. Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja nein
- 8.10. Bei welcher Anstalt:

9. Der Verletzte ist damit einverstanden, daß die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen: ja nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

....., den

.....
(Unterschrift des Anspruchstellers)