

Fragebogen für den Anspruchsteller

Kontakt Daten Mandant/in

Name: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Fahrer: _____

Bankverbindung: _____

Angaben zum Gegner

Name des Gegners: _____ Fahrer: _____

Fabrikat: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Versicherung: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Schadenummer: _____

Unfallhergang

Unfallort: _____ Unfalltag, Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung :

Name, Anschrift der Zeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____

Polizeiliche Vorgangs-Nr.: _____

Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese? _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden: (Nur ausfüllen, wenn kein Gutachten vorhanden ist)

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja nein

Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)?: ja nein

Art und Umfang der Beschädigung: _____

Datum des Kaufs der beschädigten Sache: _____ Preis: _____ €

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ €

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein ;

Wenn ja, durch wen besichtigt? _____

frühere Schäden, Art und Umfang: _____

Angaben zum beschädigten Fahrzeug: (Nur ausfüllen, wenn kein Gutachten vorhanden ist)

Fabrikat: _____ Model: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Erstzulassung: _____ KM Stand: _____ Anzahl Vorbesitzer: _____

Haftpflicht-Versicherung: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Vollkasko-Vers.: ja nein Selbstbeteiligung: _____

Teilkasko-Vers.: ja nein Selbstbeteiligung: _____

Rechtsschutzversicherung: _____

Rechtsschutzversicherungs-Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Verletzungen von Personen:

Name der Verletzten: _____

Anschrift des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Anzahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig: ja nein

Monatliches Nettoeinkommen: _____ €; Name d. Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte eine sonst. Rente? ja nein ; Höhe mtl. Rente: _____ €
von wem? _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name, Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der verletzte krank geschrieben: ja nein ; vom _____ bis _____

Krankenkasse des Verletzten: _____

Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Weg zur Arbeit? ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt? _____

Ort, Datum

Unterschrift