

**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**