

## Fragebogen für Anspruchsteller

Name des Anspruchstellers: \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Fahrer: \_\_\_\_\_

---

Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifter): \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Versichert bei: \_\_\_\_\_ Policen-Nr.: \_\_\_\_\_  
Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Name des Fahrers: \_\_\_\_\_  
Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

---

Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_  
Genauere Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeugs):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Unfallzeugen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? \_\_\_\_\_

---

### Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:

Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber:  
\_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt?  Ja  Nein

Die voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten ergibt sich aus der Anlage

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:**

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl u. Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig?  Ja  Nein

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Bezieht Verletzter unabhängig von diesem Urteil eine Rente? \_\_\_\_\_

Ja  Nein Von wem? \_\_\_\_\_ monatl. EUR: \_\_\_\_\_

-----

Art und Umfang der Verletzung:

Sicherheitsgurte angelegt?  Ja  Nein

Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? \_\_\_\_\_

Ja  Nein Von wem? \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur der Arbeit?

Ja  Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzliche rentenversichert? \_\_\_\_\_

Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_