



Fragebogen für Anspruchsteller

Allgemeine Angaben und Schilderung
des Unfallherganges

Unser Aktenzeichen (wenn bekannt):

A. Name des Anspruchstellers: _____ Berufl. Tätigkeit: _____
Anschrift: _____
Tel.: _____ Geburtsdatum: _____
eMail-Adresse: _____
IBAN: _____ BIC: _____
Bank: _____ Kontoinhaber: _____

B. Name des Mitgliedes: _____
amtl. Kennzeichen: _____

C. Unfallort: _____ Fahrer (Name, Anschrift): _____
Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____
Andere am Unfall beteiligte Personen (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeuges): _____
Name und Anschrift von Zeugen: _____
Anschrift und Aktenzeichen der den Unfall aufnehmenden Polizeidienststelle: _____

Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):



Angaben zu Sach- und/oder Personenschäden

Unser Aktenzeichen (wenn bekannt):

Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen!

D. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt: _____
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache (evtl. auch Leasinggeber): _____
Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung: Ja ☐ Nein ☐
Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Bitte Nachweise beifügen): € _____
Die beschädigte Sache kann unter folgender Anschrift besichtigt werden: _____
Tel.: _____ Vorschäden (auch reparierte): _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:

Art: _____ Hersteller: _____ Typ: _____ Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____
amtliches Kennzeichen: _____ Erstzulassung: _____ km-Stand: _____ km
Durch welche Versicherungsgesellschaft und unter welcher Versicherungsschein-Nummer war das Fahrzeug im Unfallzeitpunkt versichert?
Haftpflcht: _____ Vers.-Nr.: _____
Vollkasko: _____ Selbstbeteiligung: € _____
Teilkasko: _____ Selbstbeteiligung: € _____ Vers.-Nr.: _____
Rechtsschutz-/Verkehrsservice: _____ Vers.-Nr.: _____

E. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:

Name des Verletzten: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____ Tel.: _____
Beruf: _____ Selbstständig: Ja ☐ Nein ☐ mtl. Nettoeinkommen: € _____
Name des Arbeitgebers: _____
Anschrift: _____ Tel.: _____
Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, von wem: _____ mtl. Nettorente: € _____
Art und Umfang der Verletzungen: _____
Sicherheitsgurt angelegt / Schutzhelm getragen: Ja ☐ Nein ☐
Krankenhausaufenthalt von: _____ bis: _____
Name und Anschrift des Krankenhauses: _____
Name und Anschrift der ambulant behandelnden Ärzte: _____
Wurde der Verletzte hauskrank geschrieben / wurde Arbeitsunfähigkeit attestiert: Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, von: _____ bis: _____
Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte versichert: _____
Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit: Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: _____
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, bei welchem Rentenversicherungsträger: _____

Abrechnung laut Kostenvoranschlag/Gutachten netto gewünscht (fiktiv) Ja ☐ Nein ☐ Abrechnung laut Rechnung gewünscht (tatsächlich) Ja ☐ Nein ☐	Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht. ----- Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift
--	---



Schadennummer:
Schaden vom:

Erklärung zur Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich, _____, befreie hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des Unfalles vom _____ behandelt haben, gegenüber der Autokraft GmbH von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, vorbehaltlos alle Auskünfte zu erteilen, die diesen Unfall und seine Folgen betreffen. Dies gilt gleichermaßen für etwaige Vorschäden oder andere Einflüsse, sofern sie für die Beurteilung des jetzigen Krankheitsbildes – und sei es auch nur mittelbar – von Bedeutung sind.

Bitte tragen Sie die Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte ein:

1. _____
2. _____
3. _____

Datum

Unterschrift