



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:

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:

Bitte teilen Sie uns die Hersteller und Typschlüsselnummer mit. Siehe : FZ-Schein zu 2. und zu 3.

Herstellerschlüssel Nr.: _____ Typschlüssel Nr.: _____
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?
Haftpflicht: _____ 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