

via Fax / Post zurück an: Rechtsanwalt Dietmar Rausch
Mozartstraße 12
95632 Wunsiedel
Telefon 09232/881160
Fax 09232/700551

Datum: _____

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: _____
(Name, Anschrift)

(Beruf, Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Halter ist auch Fahrer: ja nein

Halter ist auch Insasse: ja nein

Fahrer: _____
(Name)

(Anschrift)

Gegner: _____
(Name, Anschrift)

Halter ist auch Fahrer: ja nein

Halter ist auch Insasse: ja nein

Fahrer: _____
(Name)

(Anschrift)

Fahrzeugart: _____ Hersteller: _____ Modell/Typ: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____
(Name, Anschrift)

Policen-Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

Bei Ansprüchen wegen **Sachschäden**

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) ja nein

Art und Umfang der Beschädigung: _____

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ EUR

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel.: _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein ; ggf. durch wen: _____

frühere Schäden; Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Hersteller: _____ Modell/Typ: _____

Tag der Erstzulassung: _____ KM Stand: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____

Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflicht-Versicherung: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ Nr.: _____

Vollkasko-Versicherung: _____
(Name, Straße)

SB: _____ EUR _____ Nr.: _____
(Ort)

Teilkasko-Versicherung: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ Nr.: _____

Rechtsschutz-Versicherung: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ Nr.: _____

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

1. Teilnehmer: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ Amtl. Kennzeichen: _____

2. Teilnehmer: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ Amtl. Kennzeichen: _____

3. Teilnehmer: _____
(Name, Straße)

(Ort) _____ Amtl. Kennzeichen: _____

1. Zeuge: _____
(Name)

(Anschrift) _____

2. Zeuge: _____
(Name)

(Anschrift) _____

3. Zeuge: _____
(Name)

(Anschrift) _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____
(Name)

(Anschrift) _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig: ja nein ; Monatliches Nettoeinkommen _____ EUR
(Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein

von wem? _____ mtl. _____ EUR
(Name, Anschrift)

Art und Umfang der Verletzungen

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnder 1. Arzt: _____

(Name)

(Anschrift)

Ambulant behandelnder 2. Arzt: _____

(Name)

(Anschrift)

Ambulant behandelnder 3. Arzt: _____

(Name)

(Anschrift)

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ja nein vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

(Name)

(Anschrift)

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

(Name)

(Anschrift)

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt? _____

(Name)

(Anschrift)

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen

Gutachten und Auskünfte erteilen ja nein

Neutrale Ansprüche:

Gegen wen und welche? _____

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

_____, den _____ (Unterschrift des Antragstellers)