

# Fragebogen für Anspruchsteller

Aktenzeichen des Versicherers

Aktenzeichen des Anspruchstellers

1.1 Name des Anspruchstellers: \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

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

1.3 Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

1.4 Fahrer: \_\_\_\_\_

2.1 Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifter): \_\_\_\_\_

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

2.3 Versichert bei: \_\_\_\_\_ 2.4 Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

2.5 Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ 2.6 Name des Fahrers: \_\_\_\_\_

2.7 Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

3.1 Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf besonderem Blatt): \_\_\_\_\_

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

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

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

## 4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

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

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.): \_\_\_\_\_

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## 5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Typ: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_

Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_ FIdent.-Nr.: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_

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

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Vollkaskovericherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko - Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz- /Verkehrsservice- Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

## 6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

- 6.1 Name des Verletzten: \_\_\_\_\_
- 6.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 6.3 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_
- 6.4 Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig: Ja  Nein  Monatliches Nettoeinkommen DM: \_\_\_\_\_
- 6.5 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_
- 6.6 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein  Von wem: \_\_\_\_\_ monatl. DM: \_\_\_\_\_
- 7.1 Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_
- 7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja  Nein
- 7.3 Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_
- 7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_
- 7.5 Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_
- 7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja  Nein  Vom: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_
- 7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_
- 7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? Ja  Nein
- 7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_
- 7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja  Nein
- 7.11 Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich anlässlich des Verkehrsunfalls vom \_\_\_\_\_ behandelnden Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe von der Schweigepflicht und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass den beteiligten Versicherern sowie den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten der Kanzlei Rechtsanwälte Dr. Hokema, Augustenstraße 6, 80333 München, Auskünfte erteilt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift