



## » Fragebogen für Anspruchsteller

Wir werden Ihr Anliegen zügig und unbürokratisch bearbeiten. Je eher Sie sich bei uns melden, desto schneller können wir für Sie aktiv werden. Dieses Formular können Sie bequem am PC durch Betätigung der Tab-Taste → oder durch einen Klick ins Formularfeld ausfüllen. Danach einfach ausdrucken, unterschreiben und per Post, Fax oder E-Mail an uns übersenden. Es ist sinnvoll, auch gleich die Ihnen vorliegende Korrespondenz, Rechnungen, Zahlungsaufforderungen etc. beizufügen. Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Wir sind für Sie da!

### 1. Vornamen und Namen des Anspruchstellers:

- 1.1. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ausgeübte berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_
- 1.2. Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Funk: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_
- 1.3. Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_
- 1.4. Rechtsschutz-Versicherung \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_  
Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_
- 1.5. Fahrer: \_\_\_\_\_

### 2. Vornamen und Namen des Anspruchsgegners:

- 2.1. Anschrift: \_\_\_\_\_
- 2.2. Telefon: \_\_\_\_\_ Funk: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_
- 2.3. Versichert bei: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_
- 2.4. Anschrift: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_
- 2.5. Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_
- 2.6. Fahrer: \_\_\_\_\_

### 3. Unfallort, Straße und Hausnummer:

- Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_  
Unfallhergangsschilderung: \_\_\_\_\_
- 3.1. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Vornamen und Namen, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeuges): \_\_\_\_\_
- 3.2. Ggf. Namen und Anschrift von Unfallzeugen: \_\_\_\_\_
- 3.3. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: \_\_\_\_\_
- 3.4. Aktenzeichen der Polizei: \_\_\_\_\_

### 4. Bei Sachschäden:

- 4.1. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber oder Bank: \_\_\_\_\_
- 4.2. Was wurde beschädigt: \_\_\_\_\_
- 4.3. Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)? ja  nein
- 4.4. Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung):  
 Schaden soll ausbezahlt werden (fiktive Abrechnung) Es liegt voraussichtlich ein  Totalschaden  Reparaturschaden vor  
 Kostenvoranschlag liegt vor  Lichtbilder werden gefertigt  
 Gutachten ist bereits in Auftrag gegeben  durch die Versicherung  durch den Anspruchsteller  
 Gutachten wird nachgereicht  Gutachten soll in Auftrag gegeben werden bei  
 Fahrzeug soll in einer Fachwerkstatt instandgesetzt werden  Kostenübernahmebestätigung ist erwünscht  
 Instandsetzungskosten werden durch den Anspruchsteller zunächst verauslagt  
 Mietwagen wird beansprucht für voraussichtlich \_\_\_\_\_ Tage (Schadensminderungspflicht beachten)  
 Nutzungsausfallentschädigung wird beansprucht für \_\_\_\_\_ Tage  
 Wertminderung  Standgebühren
- 4.5. Das Kfz kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_
- 4.6. Name des Sachverständigenbüros: \_\_\_\_\_
- 4.7. Weitere beschädigte Gegenstände: \_\_\_\_\_

---

**5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:**

- 5.1. Fahrzeugart: Hersteller: Typ: Baujahr:  
Kennzeichen: Erstzulassung: Km-Stand: Vorschäden:
- 5.2. Durch welche Gesellschaft war das beschädigte Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt versichert:  
Haftpflicht-Versicherung: Nr.:  
Vollkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung EUR: Nr.:  
Werkstattbindung:  
Teilkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung EUR: Nr.:  
Rechtsschutz-Versicherung: Selbstbeteiligung EUR: Nr.:  
Verkehrsservice-Versicherung: Nr.:
- 

**6. Bei Personenschäden:**

- 6.1. Vornamen und Namen des Verletzten:  
6.2. Anschrift:  
Telefon:  
6.3. Geburtsdatum: Familienstand: Zahl und Alter der Kinder:  
6.4. Ausgeübter Beruf: Selbständigkeit: ja  nein   
Monatliches Nettoeinkommen:  
6.5. Name des Arbeitgebers:  
6.6. Anschrift: Telefon:  
6.7. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente: ja  nein  Höhe:  
Von wem:  
Weitere Ansprüche:  Schmerzensgeld  Haushaltshilfeschieden
- 

**7. Art und Umfang der Verletzungen:**

- 7.1. Sicherheitsgurt angelegt: ja  nein   
7.2. Krankenhausaufenthalt vom: bis (voraussichtlich)  
7.3. Name und Anschrift d. Krankenhauses:  
7.4. Ambulant behandelnde Ärzte:  
7.5. Ist Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden: ja  nein  vom bis (voraussichtlich)  
7.6. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an:  
7.7. Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von und zur Arbeit: ja  nein   
7.8. Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:  
7.9. Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja  nein   
7.10. Rentenversicherungsträger:
- 

**8. Anmerkungen und Hinweise:**

- 
9. **Schweigepflichtentbindungserklärung:** Zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Anspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärung kann auch teilweise jederzeit widerrufen werden. **(Absatz bitte gegebenenfalls streichen)**

**Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.**

»

---

Datum und Unterschrift des Anspruchstellers