



### Fragebogen für Anspruchsteller

1.1. Name des Anspruchstellers: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

1.2. Anschrift (mit PLZ): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

1.3. IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

2.1. Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifters): \_\_\_\_\_

2.2. Anschrift (mit PLZ): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

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

2.7. Anschrift d. Fahrers (mit PLZ): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

4. Gegen wen erheben Sie Ansprüche, und womit begründen Sie diese? \_\_\_\_\_

#### **5. Ansprüche wegen Sachschäden**

5.1. Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

5.2. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? \_\_\_\_\_

5.3. Gehört sie zum Betriebsvermögen? Ja  Nein  Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt)? Ja  Nein

5.4. Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_

5.5. Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? \_\_\_\_\_

5.6. Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: EUR \_\_\_\_\_

5.7. Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_

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

5.9. Hat eine Besichtigung stattgefunden? Ja  durch \_\_\_\_\_ Nein

5.10. Frühere Schäden; Zahl und Umfang: \_\_\_\_\_

**6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:**

6.1. Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_

6.2. Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? \_\_\_\_\_

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

Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

6.4. Leasing-Fahrzeug? Ja  Nein  Leasing-Bank: \_\_\_\_\_

---

Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen.  
Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht zu Lasten des Schädigers.  
Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke auszustellen ist.

---

**7. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden**

7.1. Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

7.2. Anschrift (mit PLZ): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

7.3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl u. Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

7.4. Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Selbständig? Ja  Nein  Monatliches Einkommen (Bescheinigung beifügen): EUR \_\_\_\_\_

7.5. Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

7.6. Anschrift (mit PLZ): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

7.7. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  von \_\_\_\_\_ monatl. EUR \_\_\_\_\_ Nein

---

8.1. Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_

8.2. Sicherheitsgurt angelegt? Ja  Nein

8.3. Krankenhausaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

8.4. Name und Anschrift des Krankenhauses (mit PLZ): \_\_\_\_\_

8.5. Ambulant behandelnde Ärzte (genaue Anschriften mit PLZ): \_\_\_\_\_

8.6. Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja  vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_ Nein

8.7. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

8.8. Lag Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zu der Arbeit? Ja  Nein

8.9. Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

8.10. Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja  Nein

8.11. Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

---

9. Ist der Verletzte damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen?  
Ja  Nein

**Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!**  
Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anspruchstellers