

Fragebogen für Anspruchsteller

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. Policenr.:
2.5. Amtl. 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 einem besonderem Blatt):

3.3. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, Kennz.):

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, event. 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.:

5.0. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1. Typ: Erstzulassung: km-Stand:
Fahrgestellnummer: Fident.-Nr.: Amtl. Kennz.:
5.2. Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?
Haftpflichtversicherung:
Vollkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung €: Nr.:
Teilkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung €: Nr.:
Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: Nr.:

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.
Alsfeld, den

Unterschrift

6.0. 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

monatl. Nettoeinkommen €:

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. €:

7.1 Art und Umfang der Verletzung:

7.2 Sicherheitsgurt 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 zur Arbeit? Ja Nein

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

7.11 Bei welcher Anstalt?

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen, soweit der Bevollmächtigte hiervon eine Abschrift erhält. Ja Nein

Vorstehende Angaben habe ich nach besten Gewissen gemacht.

Alsfeld, den

Unterschrift