

Fragebogen für Anspruchsteller (Mandantschaft)

Aktenzeichen des gegnerischen
Versicherers:

Aktenzeichen der
Anwaltskanzlei:

1.1 Name des Anspruchstellers: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

1.2 Anschrift: _____

Telefon: _____

1.3 IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

1.4 Fahrer: _____

2.1 Name des VN / Mandantschaft: ▲ _____

2.2 Anschrift: _____ Telefon: _____

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:

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des
Fahrzeugs): _____

3.4 Name u. Anschrift Zeugen / Insassen: _____

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____

Vorstehende Angaben habe ich nach besten Gewissen gemacht.

Ort/Datum

Unterschrift

4. **BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN**

4.1 Was wurde beschädigt? _____

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

4.3 Vorsteuerberechtigt? Ja Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.) _____

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____
 Telefon: _____

5. **BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN**

5.1 Name des Verletzten: _____

5.2 Anschrift: _____ Telefon: _____

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

5.4 Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig? Ja Nein
 Monatliches Nettoeinkommen EUR: _____

5.5 Name des Arbeitgebers: _____

5.6 Anschrift: _____ Telefon: _____

5.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein
 Von wem? _____ monatlich EUR: _____

6.1 Art und Umfang der Verletzung: _____

6.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

6.3 Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

6.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

6.5 Ambulant behandelnde Ärzte: _____

6.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein Vom: _____ bis (voraus.): _____

6.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

6.8 Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit?
 Ja Nein

6.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

6.10 Ist der Verletzte rentenversichert? Ja Nein

6.11 Bei welcher Anstalt? _____

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadenersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck ENTBINDE ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer SCHWEIGEPFLICHT, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Vorstehende Angaben habe ich nach besten Gewissen gemacht. Ja Nein

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____