

Fragebogen für Anspruchsteller

Aktenzeichen des Versicherers: _____

Aktenzeichen des Anspruchstellers: _____

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

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 (beispielsweise Kleidung, Handy, Gepäck usw.)

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 (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert? _____
Haftpflichtversicherung: _____
Vollkaskoversicherung: _____ 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 EUR: _____
- 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. EUR: _____
- 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 **Haber Müller Gieseke - Rechtsanwälte & Steuerberater**, Drakestraße 48, 12205 Berlin Auskünfte erteilt werden.

Ort/Datum/Unterschrift