

Fragebogen für Anspruchsteller		Aktenzeichen Versicherer (Gegner)		Aktenzeichen Mandant (Kanzlei)	
		1.1	Name Mandant (Anspruchsteller)		Beruf
1.2	Anschrift		Tel.		
	IBAN		BIC		
	Kreditinstitut		Konto Inhaber falls abweichend		
1.4	Eigener Fahrer				
2.1	Name Gegner (Versicherungsnehmer)				
2.2	Anschrift		Tel.		
2.3	Versichert bei		2.4	Policen Nr.	
2.5	Amtliches Kennzeichen		2.6	Name gegnerischer Fahrer	
2.7	Anschrift gegnerischer Fahrer		Tel.		
3.1	Unfallort		Unfalltag		Uhrzeit
3.2	Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf besonderem Blatt)				
3.3	Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen Kfz)				
3.4	Unfallzeugen (Name, Anschrift, Telefon)				
3.5	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?				
4	BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN				
4.1	Was wurde beschädigt?				
4.2	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber				
4.3	Berechtigt zum Vorsteuerabzug?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
4.4	Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung)				
4.5	Beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:		Tel.		
5.	BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN				
5.1	Art		Hersteller		Typ
	Fahrzeug Identifikation Nummer		Hubraum		KW
	Amtliches Kennzeichen		Erstzulassung		KM-Stand
5.2	Wie war das eigene Fahrzeug beim Unfall versichert?		Versicherung Gesellschaft	Versicherungsschein Nr.	Selbstbeteiligung
	Haftpflicht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
	Kasko	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
	Rechtsschutz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht					
Ort/Datum			Unterschrift		

6.	BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN				
6.1	Name des Verletzten				
6.2	Anschrift		Tel.		
6.3	Geburtsdatum		Familienstand		
	Kinder Zahl		Kinder Alter		
6.4	Ausgeübter Beruf		Monatliches Nettoeinkommen:		
	Selbständig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
6.5	Name Arbeitgeber				
6.6	Anschrift Arbeitgeber		Tel.		
6.7	Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	Von wem?		Monatlich in EUR		
7.1	Art und Umfang der Verletzung				
7.2	Sicherheitsgurte angelegt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
7.3	Krankenhausaufenthalt	Von		bis voraussichtlich	
7.4	Name und Anschrift des Krankenhauses				
7.5	Name und Anschrift behandelnde Ärzte				
7.6	Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		von	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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
7.9	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?				
7.10	Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
7.11	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 befreie 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.			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht					
Ort/Datum			Unterschrift		