

Fragebogen für Anspruchsteller

(Dieser Fragebogen basiert auf einer Vereinbarung zwischen dem zuständigen Versicherungsverband und dem Anwaltsverein. Bitte füllen sie den Fragebogen so genau wie möglich aus. Vielen Dank!)

1. Geschädigter (= Eigentümer/Halter des Fahrzeuges)

Herr/Frau/Firma: _____
Beruf: _____
Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Fax: _____
E-Mail: _____
Bankverbindung: _____
Kontoinhaber: _____

Vorsteuerabzugsberechtigung ja: nein:

2. Eigene Kfz-Versicherung

Name / Adresse _____

Versicherungs-Nr.: _____
Teilkasko: ja: nein: Selbstbeteiligung (Höhe): _____
Vollkasko: ja: nein: Selbstbeteiligung (Höhe): _____

3. Bei Sachschäden (eigenes bzw. beschädigtes Fahrzeug)

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja: nein:

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja: nein:

Gibt es ein Sachverständigengutachten? ja: nein:

Wenn ja, bitte Gutachten beifügen.

Art und Umfang der Beschädigungen (soweit nicht bereits gutachterlich festgestellt): _____

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten? _____

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

Hat bereits eine Besichtigung stattgefunden? ja: nein:

Wenn ja, durch wen: _____

Frühere Schäden? ja: nein:

Wenn ja, Zahl, Umfang: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____

PS: _____ kW: _____ km-Stand: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Fahrzeugbrief eingetragen? _____

Amtl. Kennz.: _____

4. Rechtsschutzversicherung

Name / Adresse: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Selbstbeteiligung: _____

5. Daten des Unfallgegners (Halter)

Herr/Frau/Firma: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

6. Daten des Unfallgegners (Fahrer)

Herr/Frau/Firma: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

7. Versicherung des Unfallgegners

Name: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

8. Daten zum Fahrzeug des Unfallgegners

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____

Amtl. Kennz.: _____

9. Unfallschilderung

Unfall vom: _____; Uhrzeit: _____ Unfallort: _____

Bitte **beschreiben** Sie ausführlich das Schadenereignis: (Falls der Platz nicht ausreicht, benützen Sie bitte die Rückseite):

Skizze:

(Bitte tragen Sie auch Verkehrszeichen und Spuren der beteiligten Fahrzeuge ein; falls der Platz nicht ausreicht, benützen Sie bitte die Rückseite):

Name und Anschriften von Unfallzeugen; bitte geben Sie Telefon- und sonstige Kontaktdaten an

Waren noch andere Verkehrsteilnehmer am Unfall beteiligt? Wenn ja, geben sie bitte die Namen, die Anschriften, die sonstigen Kontaktdaten und die amtlichen Kennzeichen der beteiligten Fahrzeuge an:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Adresse? Aktenzeichen?

10. Personenschäden

ja: nein:

Wenn ja, bitte ausfüllen:

Geschädigter:

Herr/Frau _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Bankverbindung: _____

Familienstand: _____

Zahl und alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Selbständig: ja: nein:

Monatliches Nettoeinkommen: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja: nein: wenn ja von wem und in welcher Höhe: _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

War der Sicherheitsgurt angelegt? ja: nein:

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____ (voraussichtlich)

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Name und Anschrift aller ambulant behandelnden Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja: nein:

Wenn ja: vom _____ bis _____ (voraussichtlich)

Welcher Krankenkasse und/oder privaten Krankenversicherung gehört der Verletzte an?

Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?

ja: nein:

Wenn ja, Welche Berufgenossenschaft ist zuständig?

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja: nein:

Wenn ja, bei welcher Anstalt? _____

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen.

ja: nein:

Bitte fügen sie zum Nachweis der Schadenhöhe Rechnungen und Belege bei. Vielen Dank!

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift des Anspruchstellers