FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER

Anspruchsteller/In Mandant/In:

Name: _____

Geburtsname: _____

Beruf: Anschrift: _____

Bankverbindung/ IBAN: _____

Versicherungsnehmer: _____

Schadenverursacher / Anspruchsgegner:

Name: _____

Geburtsname: _____

Anschrift: _____

versichert bei: _____

amtl. Kennzeichen: _____

Fahrer (wenn nicht VN): _____

Unfall-Ort: _____

Unfall-Datum, Unfall-Uhrzeit: _____

Unfallschilderung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Andere Unfallbeteiligte (ggf. weiteres Blatt verwenden):

Vorname Name PLZ Ort Straße Kfz Kennzeichen.

_____

Unfallzeugen (ggf. weiteres Blatt verwenden): Vorname Name PLZ Ort Straße

_____

_____

Unfallaufnahme durch: Name der Polizei-Dienststelle; Straße: PLZ, Ort:

_____

Tagebuch-Nummer: _____

Angaben zum beschädigten Kfz:

Eigentümer (wenn nicht Anspruchsteller): _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ☐ ja ☐ nein

Beschreibung des Schadens: _____

Fahrzeug laut Polizei o. Gutachter / Werkstatt: fahrbereit + verkehrssicher: ☐ ja ☐ nein

Schadenshöhe (eigene Schätzung o. 1aut Angabe v. Werkstatt o. Gutachter): _____ €

Name der Reparatur-Werkstatt: Straße: PLZ, Ort: Besichtigungsort:

Name des Gutachters: Straße: PLZ, Ort:

_____

Vorschäden: Hersteller: Typ: Baujahr: _____

km-Stand: _____

amtl. Kennzeichen: _____

Anzahl der Vorbesitzer: _____

versichert bei: Versicherungs-/Schaden- Nr.: _____

_____

Rechtsschutzversicherung: Name: PLZ, Ort: Versicherungsschein- Nr.:

_____

Angaben zum Personenschaden des Anspruchstellers: Geburtsdatum: Familienstand:

_____

Anzahl der Kinder: _____

Beruf: Nettoeinkommen: _____ €

Arbeitgeber: Straße: PLZ, Ort: _____

_____

bisherige Rente (EUR/Mon.): _____ €

Versicherungsträger: _____

Verletzungen (ggf. weiteres Blatt verwenden):

_____

Krankenhausaufenthalt von/bis : _____

Name des Krankenhauses: Straße: PLZ, Ort:

_____

ambulant behandelnde Ärzte (ggf. weiteres Blatt verwenden):

_____

_____

krankgeschrieben von/bis: _____

Name der Krankenkasse: Straße: PLZ, Ort:

_____

Name der Renten-Versicherung: Straße: PLZ, Ort:

_____

Bei Berufs-/Wege-Unfall: Name der Berufsgenossenschaft: Straße: PLZ, Ort:

_____

Bitte zusätzlich Schweigepflichtentbindung downloaden, vervollständigen + unterschreiben!