

**Fragebogen für Anspruchsteller**

---

1.1 Name des/der Anspruchsteller/Geschädigte/ten:

---

Berufliche Tätigkeit:

---

1.2 Anschrift:

---

Telefon:

---

1.3 Konto Nr.: bei:

---

Kontoinhaber:

---

1.4 Fahrer (wenn nicht ausgefüllt, dann Fahrer = Anspruchsteller):

---

2.1 Name des Versicherungsnehmer (Schadenstifters):

---

2.2 Anschrift

---

Versichert bei:

---

2.3 Police-Nr.:

---

2.4. Amtliches Kennzeichen:

---

2.5. Name des Fahrers (wenn nicht ausgefüllt, dann Fahrer = Versicherungsnehmer):

---

2.6 Anschrift des Fahrers:

---

3.1 Unfallort:

---

Unfalltag:

---

Unfallzeit:

---

---

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggb. auf einem gesonderten Blatt )

---

---

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

---

3.4 Name und Anschrift des/der Unfallzeugen:

---

---

3.5 Aufnehmende Polizeidienststelle:

Aktenzeichen:

---

#### 4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

4.1 Was wurde beschädigt:

4.2 Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache:

4.3. Gehört die zum Betriebsvermögen  J/  N  
Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.)  J/  N

4.4 Art und Umfang der Beschädigung:

---

---

4.5 Erworben am:

Preis:

4.6. Das Fahrzeug kann besichtigt werden:

---

4.7. Besichtigung durch Sachverständigen:

---

4.8. Frühere Schäden, Zahl und Umfang:

---

---

---

5. Bei beschädigtem Kraftfahrzeug zusätzlich beantworten:

5.1 Fahrzeugart:

Fabrikat:

Baujahr:

Kilometerstand:

---

5.2. Anzahl der Vorbesitzer:

---

5.3. Durch welche Gesellschaft / Geschäftsstelle u. unter welcher Police-Nr. war das Fahrzeug z.Zt. des Unfalls versichert:

Haftpflicht-Versicherung:

Nummer:

Kasko-Versicherung:

Nummer:

Rechtsschutz-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_

5.4 Leasing-Gesellschaft:

Leasing-Nummer:

5.4 Unfallflucht  J /  N

5.6 Blutprobe  J /  N

5.7 Verwarnung  J /  N

## 6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

6.1 Familienstand:

Anzahl und Alter der Kinder:

6.2. Ausgeübter Beruf:

Selbstständig  J /  N

Monatliches Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ EUR

6.3 Erhält Rente von: \_\_\_\_\_ monatlich EUR

7.1 Art und Umfang der Verletzung:

7.2 Anzahl Tage im Krankenhaus:

Adresse Krankenhaus:

7.3 Ambulant behandelnde Ärzte:

7.4 Anzahl Tage hauskrank geschrieben:

---

7.5 Berufs- oder Wegeunfall J / N

7.6 Berufsgenossenschaft:

---

7.7 Unfallflucht J / N

7.8 Blutprobe J / N

7.9 Verwarnung J / N

---

8.0 Einverständnis zur Auskunftserklärung J / N

---

Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen !

Püttlingen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ten