

Fragebogen für Anspruchsteller

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV
und dem Deutschen Anwaltverein getroffenen Vereinbarung.
Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Aktenzeichen des Versicherers:

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

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 Gegners: _____

2.2. Anschrift: _____ Tel.: _____

2.3 Versichert bei: _____ 2.4 Policen-/Schaden-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 einem besonderen Blatt): _____

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs): _____

3.4 Name und Anschrift von Unfallzeugen: _____

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____

3.6 polizeiliches Aktenzeichen: _____

4. BEI ANSPRUCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

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, Rechnungen pp.): _____

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel.: _____

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Art: _____ Hersteller: _____ Typ: _____ Fzg.Identnr.: _____

Amtl. Kennz.: _____ Erstzulassung: _____ Km-Stand: _____

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 ANSPRUCHEN 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 Monatl. 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 Ambulat 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? _____

<p>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.</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ Ort/Datum/Unterschrift</p>
--	---