

Fragebogen für Antragsteller

1.1 Name des Anspruchstellers: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

1.2 Anschrift _____

1.3 Konto-Nummer: _____

Kontoinhaber: _____ bei: _____

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

2.1 **Name des Versicherungsnehmers** (des Gegners):

2.2 Anschrift: _____ Tel.-Nr: _____

2.3 Versichert bei: _____

2.4 Police-Nummer: _____

2.5 Amtliches Kennzeichen: _____

2.6 Name des gegnerischen Fahrers (wenn nicht ausgefüllt, Fahrer = Versicherungsnehmer):

2.7 Anschrift des Fahrers: _____

(Nur ausfüllen, wenn kein Unfallmitteilungsbogen der Polizei vorliegt)

3.1 Unfallort: _____

Unfalltag: _____

Unfallzeit: _____

3.2 Genaue **Unfallschilderung** mit Skizze (ev. auf einem gesonderten Blatt):

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: _____

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

3.5 Aufnehmende Polizeidienststelle: _____ Tagebuchnummer: _____

4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

4.1 Was wurde beschädigt: _____

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache: _____

4.3 Gehört sie 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 beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

5.1 Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____

5.2 Kilometerstand: _____ Anzahl Vorbesitzer: _____

5.3 Durch welche Gesellschaft / Geschäftsstelle und unter welcher Police-Nummer war das Fahrzeug z.Zt. des Unfalls versichert (Ihre Haftpflichtversicherung):

Haftpflicht-Versicherung: _____ Nummer: _____

Kasko-Versicherung: _____ Nummer: _____

Rechtsschutz-Versicherung: _____ Nummer: _____

Selbstbeteiligung: € _____

5.4 Leasing-Gesellschaft: Leasing-Nummer: _____

5.5 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: _____

Selbständig J/N:

Monatliches Nettoeinkommen: € _____

6.3 Erhält Rente von: _____ Monatlich: € _____

7.1 Art und Umfang der Verletzung: _____

7.2 Anzahl Tage im Krankenhaus: _____ Adresse Krankenhaus: _____

7.3 Ambulant behandelnde Ärzte: _____

7.4 Anzahl Tage krank geschrieben: _____

7.5 Berufs- oder Wegeunfall J/N:

7.6 Berufsgenossenschaft: _____

7.7 Ihre Krankenkasse _____

Versicherungsnummer: _____

8. Einverständnis zur Auskunftserklärung J/N:
(Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht)

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

Ort, Datum

Unterschrift