

Fragebogen für Anspruchsteller

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

Aktenzeichen des Versicherers:

1.1. Name des Anspruchstellers:

Berufliche Tätigkeit:

1.2. Anschrift:

Telefon:

1.3. Konto-Nr.:

Amtliches Kennzeichen:

Bank (BLZ):

Kontoinhaber:

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

Name:

Adresse:

2.1. Name des Versicherungsnehmer (Schadenstifters):

2.2. Anschrift:

2.3. Versichert bei:

2.4. Policen - Nr.:

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 (evtl. auf gesonderten Blatt):

3.3. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

3.4. Name und Anschrift der Unfallzeugen:

3.5. Aufnehmende Polizeidienststelle:

4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

4.1. Was wurde beschädigt:

4.2. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache:

4.3. Gehört sie zum Betriebsvermögen: () Ja () Nein

Vorsteuerabzugsberechtigung (MwSt.): () Ja () Nein

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:

Kilometerstand:

5.2. Anzahl Vorbesitzer:

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

Haftpflichtversicherung:

Nummer:

Kasko-Versicherung:

Nummer:

Rechtsschutz-Versicherung:

Höhe Selbstbeteiligung:

Nummer:

5.4. Leasing-Gesellschaft:

Leasing-Nummer:

5.5. Unfallflucht: () Ja () Nein

Blutprobe: () Ja () Nein

Verwarnung: () Ja () Nein

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

6.1. Familienstand:

Anzahl und Alter der Kinder:

6.2. Ausgeübter Beruf:

Selbstständig: () Ja () Nein

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:

Schweigepflichtentbindungserklärung liegt bei: () Ja () Nein

7.4. Anzahl Tage hauskrank geschrieben:

Berufs- oder Wegeunfall: () Ja () Nein

7.5. Berufsgenossenschaft:

7.6. Unfallflucht: () Ja () Nein

Blutprobe: () Ja () Nein

Verwarnung: () Ja () Nein

8.0. Einverständnis zur Auskunftserklärung: () Ja () Nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

Saarlouis, den _____

Datum

Unterschrift