



**Anja Völk** Rechtsanwältin

## Fragebogen für Anspruchsteller

**Mandant, Name** \_\_\_\_\_  
**Straße** \_\_\_\_\_  
**Ort** \_\_\_\_\_  
**Beruf:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Bank:** \_\_\_\_\_  
**IBAN:** \_\_\_\_\_  
**BIC:** \_\_\_\_\_

**Vorsteuerabzugsberechtigt:** ja  nein

**Fahrer, Name** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**Ort:** \_\_\_\_\_

**Fahrzeugart:** \_\_\_\_\_  
**Fabrikat:** \_\_\_\_\_  
**Amtl. Kennzeichen:** \_\_\_\_\_

**Versichert bei:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**Ort:** \_\_\_\_\_  
**Policen-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Aktenzeichen der Versicherers:** \_\_\_\_\_

**Gegner, Name** \_\_\_\_\_  
**Anschrift, Straße:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift, Ort:** \_\_\_\_\_

**Fahrer, Name** \_\_\_\_\_  
**Anschrift, Straße:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift, Ort:** \_\_\_\_\_

**Fahrzeugart:** \_\_\_\_\_  
**Fabrikat:** \_\_\_\_\_  
**amtl. Kennzeichen:** \_\_\_\_\_

**Versichert bei:** \_\_\_\_\_  
Straße. \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Policen-Nr.: \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen der Versicherers: \_\_\_\_\_

**Unfallort:** \_\_\_\_\_  
Unfalltag: \_\_\_\_\_  
Unfallzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

**Unfallhergang:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:**  
\_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Unfallzeugen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bei Sachschäden**

Was wurde beschädigt?

---

Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache?

---

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja  nein

Vorsteuerabzugsberechtigt ja  nein

Art und Umfang der Beschädigung:

---

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? \_\_\_\_\_ €

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_ €

Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_ Tage.

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

---

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja  nein   
ggf durch wen \_\_\_\_\_

Früherer Schaden, Art Umfang: \_\_\_\_\_

---

**Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten**

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_ KM-Stand: \_\_\_\_\_

Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? \_\_\_\_\_

Durch welche Gesellschaft(Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

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

Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ €

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

Teilkaskoversicherung: \_\_\_\_\_

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

Rechtsschutzversicherung: \_\_\_\_\_

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

---

## Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

selbständig: ja  nein

Monatliches Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ €

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente ja  nein

von wem? \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Name des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte : \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja  nein

vom \_\_\_\_\_ bis(voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Verletzten \_\_\_\_\_

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? ja  nein

zuständige Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzlich Rentenversichert? ja  nein

Wo? \_\_\_\_\_

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnde Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskunft erteilen. ja  nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht:

Ort, Datum

(Unterschrift des Antragstellers)