Fragebogen für Anspruchsteller

1.1 1.2 1.3	Name des Anspruc Anschrift des Anspr Fahrer:				
2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7	Name des Versicherungsnehmers: Anschrift des Versicherungsnehmers: Versichert bei: Schaden-Nr. bzw. Versicherungs-Nr.: Amtliches Kennzeichen: Name des Fahrers: Anschrift des Fahrers:				
3.1	Unfallort:	lubrzoit:			
3.2	Unfalltag und Unfalluhrzeit: Genaue Unfallschilderung mit Skizze:				
3.3 3.4 3.5	Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: Namen und Anschrift der Unfallzeugen: Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:				
4.	Bei Ansprüchen we	gen Sachschäden			
4.1 4.2 4.3 4.4 4.5 4.6 4.7 4.8 4.9 4.10	Was wurde beschädigt: vgl. Gutachten (GA) Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache: Anspruchsteller Gehört sie zum Betriebsvermögen: ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer): ja nein Art und Umfang der Beschädigung: vgl. GA Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden: Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: vgl. GA Voraussichtliche Reparaturdauer: vgl. GA Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: Hat eine Besichtigung stattgefunden: ja nein ggf. durch wen: Gutachter Frühere Schäden; Zahl und Umfang: vgl. GA				
5.	Bei beschädigten K	raftfahrzeugen zusätz	zlich zu beantwo	orten:	
5.1	Fahrzeugart:	Fabrikat:	Baujahr:		amtl. Kennzeichen:
5.2 5.3	Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen: Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert: Haftpflicht-Versicherung; Versicherungs-Nr.: Teilkasko-Versicherung; Vollkasko-Versicherung, Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: Leasing-Fahrzeug: ja nein; Leasing-Bank:				
6.	Bei Ansprüchen we	gen Personenschäde	n		
6.1	Name des Verletzte	en:			
6.2 6.3	Anschrift des Verletzten: Geburtsdatum: Familienstand:				
6.4	Zahl und Alter der I Ausgeübter Beruf:	Kinder:			

6.5 6.6 6.7	selbständig: ja nein Name des Arbeitgebers: Anschrift des Arbeitgebers: Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja nein wenn ja, von wem: monatliche Höhe:				
7.1 7.2 7.3 7.4 7.5 7.6 7.7 7.8 7.9 7.10 7.11	Art und Umfang der Verletzungen: vgl. Arztattest Sicherheitsgurt angelegt: ja nein Krankenhausaufenthalt von bis (voraussichtlich) Name und Anschrift des Krankenhauses: Ambulant behandelnde Ärzte: Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja nein, von bis Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: Lag Berufsunfall vor o. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von o. zur Arbeit: ja nein Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja nein Bei welcher Anstalt:				
8.	Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen: ja nein				
Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.					
Karlsruhe, den					
Unterschrift des Anspruchstellers					