

**Anwaltssozietät
Wiegandt & Kollegen
Neustädter Passage 3
06122 Halle**

Aktenzeichen des
Anspruchstellers:

Fragebogen für Anspruchsteller

Name des Anspruchstellers/Mandant: _____
Anschritt: _____ Telefon: _____
Konto-Nr.: _____ bei: _____ BLZ: _____

Name des Versicherungsnehmers/Unfallgegner: _____
Anschritt: _____ Telefon: _____
versichert bei: _____ Police-Nr.: _____
amtliches Kennzeichen: _____
Name und Anschrift des Fahrers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Genauere Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: _____
(Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges)
Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____
Tagebuch-Nr. der aufnehmenden Polizeidienststelle: _____

Gegen wen erheben Sie Ansprüche, und womit begründen Sie diese?

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt? _____
Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache? _____
Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja _____ nein _____
vorsteuerabzugberechtigt (MwSt.)? ja _____ nein _____
Art und Umfang der Beschädigung _____

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____
Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ EUR
Voraussichtliche Reparaturdauer: _____
Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel.: _____
Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja: _____ nein: _____
frühere Schäden; Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart Fabrikat Baujahr km-Stand _____ amtliches Kennzeichen: _____
Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____
Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr. _____
Vollkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung _____ EUR Nr. _____
Teilkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung _____ EUR Nr. _____
Rechtsschutzversicherung Selbstbeteiligung _____ EUR Nr. _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des/der Verletzten: _____
komplette Anschrift _____ Tel.: _____
Geburtsdatum: Familienstand: Zahl und Alter der Kinder: _____
Ausgeübter Beruf: selbständig: ja ___ nein ___ monatliches Nettoeinkommen _____ EUR
Name des Arbeitgebers: _____
komplette Anschrift des Arbeitgebers: _____ Tel.: _____
Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja _____ nein _____
wenn ja, von wem? _____ monatlich _____ EUR
Art und Umfang der Verletzungen: _____
Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____
Name und Anschrift des Krankenhauses _____
Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ja ___ nein ___ vom _____ bis (voraussichtlich) _____
Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____
Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? ja _____ nein _____
Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja _____ nein _____
Bei welcher Versicherungsanstalt) _____

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!

_____ den, _____

(Unterschrift des Anspruchstellers/Mandant)