

# Fragebogen für Anspruchsteller

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem VdS  
und dem Deutschen Anwaltverein getroffenen Vereinbarung.  
Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen !

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

Aktenzeichen des Versicherers:

1.1 Name des Anspruchstellers: \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
1.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
1.3 Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
1.4 Fahrer: \_\_\_\_\_

2.1 Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifter): \_\_\_\_\_  
2.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
2.3 Versichert bei: \_\_\_\_\_ 2.4 Policen-Nr.: \_\_\_\_\_  
2.5 Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ 2.6 Name des Fahrers: \_\_\_\_\_  
2.7 Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

3.1 Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_  
3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt): \_\_\_\_\_

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer ( Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs): \_\_\_\_\_

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

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? \_\_\_\_\_

## 4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber? \_\_\_\_\_

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.): \_\_\_\_\_

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## 5. Bei beschädigten Fahrzeugen

5.1 Typ: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_  
Fahrgestellnr.: \_\_\_\_\_ Fldent. Nr.: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_

5.2 Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls  
versichert? \_\_\_\_\_ Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort / Datum / Unterschrift

## 6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

- 6.1 Name des Verletzten: \_\_\_\_\_  
6.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
6.3 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_  
6.4 Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig: Ja  Nein  monatl. Nettoeinkommen €: \_\_\_\_\_  
6.5 Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_  
6.6 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein  Vom wem: \_\_\_\_\_ monatl. € \_\_\_\_\_
- 

- 7.1 Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_  
7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja  Nein   
7.3 Karnkenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_  
7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
7.5 Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_  
7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja  Nein  Vom: \_\_\_\_\_ bis(voraussichtlich): \_\_\_\_\_  
7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_  
7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? Ja  Nein   
7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_  
7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja  Nein   
7.11 Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_
- 

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen:

Ja  Nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum/Unterschrift