

Fragebogen für Anspruchsteller

Name des Anspruchstellers: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Konto-Nr. _____ bei: _____ BLZ: _____

Kontoinhaber: _____

Fahrer: _____

Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifter): _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Versichert bei: _____ Policen-Nr.: _____

Amtliches Kennzeichen: _____ Name des Fahrers: _____

Anschrift des Fahrers: _____ Tel.: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

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

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeugs):

Name und Anschrift der Unfallzeugen:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber:

Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

Die voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten ergibt sich aus der Anlage

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl u. Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig? Ja Nein

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht Verletzter unabhängig von diesem Urteil eine Rente? _____

Ja Nein Von wem? _____ monatl. EUR: _____

Art und Umfang der Verletzung: _____

Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Name des ambulant behandelnden Arztes: _____

Anschrift des ambulanzt behandelnden Arztes: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? _____

Ja Nein Von _____ bis (voraussichtlich): _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur der Arbeit?

Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzliche rentenversichert? _____

Bei welcher Anstalt? _____

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt

Bernhard Trögl, Marktplatz 5, 91785 Pleinfeld

sowie der anfragenden regulierungspflichtigen Versicherung erteilt werden.

Ort, Datum

Unterschrift