

### Fragebogen für Anspruchsteller

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

Name des Anspruchstellers \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Fahrer zum Unfallzeitpunkt \_\_\_\_\_

Name des Gegners \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Versichert bei \_\_\_\_\_

Schadenummer \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_

Name des Fahrers \_\_\_\_\_

Anschrift des Fahrers \_\_\_\_\_

Unfallort \_\_\_\_\_ Unfalltag \_\_\_\_\_ Unfallzeit \_\_\_\_\_

Unfallschilderung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Skizze

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen)

---

---

---

---

Unfallzeugen (Name und Anschrift)

---

---

---

---

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

Polizeiliches Aktenzeichen \_\_\_\_\_

## Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt?

---

---

---

Wer ist Eigentümer der Beschädigten Sache? Leasinggeber? \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt?  Ja  Nein

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnungen pp.)

---

Die Beschädigte Sache kann besichtigt werden bei \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

Art \_\_\_\_\_ Hersteller \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Erstzulassung \_\_\_\_\_ Km-Stand \_\_\_\_\_

Fahrzeug-Identnummer \_\_\_\_\_

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

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Vollkaskoversicherung \_\_\_\_\_

Selbstbeteiligung EUR \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Teilkaskoversicherung \_\_\_\_\_

Selbstbeteiligung EUR \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung \_\_\_\_\_

Selbstbeteiligung EUR \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_ Selbstständig?  Ja  Nein

Monatl. Nettoeinkommen \_\_\_\_\_

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente?  Ja  Nein

Von wem \_\_\_\_\_

Monatl. EUR \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sicherheitsgurte angelegt?  Ja  Nein

Krankenhausaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte

---

---

---

---

---

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?  Nein  Ja vom \_\_\_\_\_ Bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

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

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzliche rentenversichert?  Ja  Nein

Bei welcher Anstalt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadenersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ja      Nein