

## FRAGEBOGEN für ANSPRUCHSTELLER

(Beachten Sie hierzu bitte die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens)

<b>1. Angaben zu Ihrer Person</b>			
1.1 Name des Anspruchstellers (Ihr Name):			
berufliche Tätigkeit:			
1.2 Anschrift:			
Tel.:			
1.3 Konto-Nr. :	bei	:	BLZ:
Kontoinhaber:			
1.4 Fahrer (wer ist mit Ihrem Auto gefahren, Name und Anschrift):			
<b>2. Angaben zum Gegner</b>			
2.1 Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifters):			
2.2 Anschrift:			
Tel.:			
2.3 Versichert bei (Unternehmen und Anschrift der gegnerischen Versicherung):			
Aktenzeichen des Versicherers (der gegnerischen Versicherung, falls bereits gemeldet):			
2.4 Policen-Nr. (des Gegners):			
2.5 Amtliches Kennzeichen (des gegnerischen Pkw):			
2.6 Name des Fahrers (des gegnerischen Pkw):			
2.7 Anschrift des Fahrers (des gegnerischen Pkw):			
Tel.:			
<b>3. Angaben zum Unfall</b>			
3.1 Unfallort :			
Unfalltag :			
Unfallzeit :			
3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt):			
X			
3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, Kennz. des Fahrzeuges):			
3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen (Zeugen sind auch Mitfahrer im eigenen Fahrzeug):			
1. Zeuge:			
2. Zeuge:			
3. Zeuge:			
3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:			
Welches Aktenzeichen hat der Unfall dort: Az:			



<b>6. PERSONENSCHÄDEN</b>	
6.1 Name d. Verletzten:	
6.2 Anschrift :	
Tel:	
6.3 Geb.Datum:	Familienstand:
Zahl u. Alter d. Kinder:	
6.4 ausgeübter Beruf :	selbständig: <b>ja/nein</b>
monatl. Nettoeinkommen:	
6.5 Name d. Arbeitgebers :	
6.6 Anshr. Arbeitgeber:	
Tel:	
6.7 Rentenbezug	: <b>ja/nein</b> monatl. €:      von:
7.1 Art u. Umfang d. Verletzungen (Soweit noch keine ärztliche Feststellung, Beschreibung):	
7.2 Sicherheitsgurt angelegt: <b>ja/nein</b>	
7.3 Krankenhausaufenthalt: <b>ja/nein</b>	
Von	bis      sowie von      bis
7.4 Name u. Anschrift des Krankenhauses:	
Tel:	
7.5 ambulant behandelnde Ärzte (Name und Anschrift):	
1.	
7.6 hauskrank : <b>ja/nein</b> von:      bis (voraussichtlich):	
7.7 Krankenkasse d. Verletzten(Name und Anschrift):	
7.8 Berufsunfall/Weg von o. zur Arbeit: <b>ja/nein</b>	
7.9 Berufsgenossenschaft d. Verletzten(Name und Anschrift):	
7.10 Ist der Verletzte rentenversichert: <b>ja/nein</b>	
7.11 Bei welcher Anstalt(Name und Anschrift):	

(Ort, Datum, Unterschrift des Verletzten)\_\_\_\_\_