

# Fragebogen für Anspruchsteller

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

Aktenzeichen des Versicherers:

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

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: \_\_\_\_\_

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 Kraftfahrzeugen

5.1 Art: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Fzg.Identnr.: \_\_\_\_\_ Hubraum: \_\_\_\_\_ kW: \_\_\_\_\_

Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_

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

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung EUR: \_\_\_\_\_ 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 EUR: \_\_\_\_\_

6.5 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

6.6 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein  Von wem: \_\_\_\_\_ monatl. EUR: \_\_\_\_\_

7.1 Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja  Nein

7.3 Krankenhausaufenthalt 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? \_\_\_\_\_

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadenersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches 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

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift