

Rechtsanwälte Amrehn & Hornek
Hauffstr. 6, 73738 Esslingen

Tel.:0711/350435
Fax:0711/3508208

AZ:

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant _____
(Name/Anschrift)

(Telefon/Fax/eMail)

(Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer/in : _____

Gegner: _____

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

=====

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

=====

Name und Anschrift der Unfallzeugen:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:

Anschrift: _____

AZ/SB _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschaden

Was wurde beschädigt ? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache ? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen ? ja nein

Art und Umfang der Beschädigung: _____

vorsteuerabzugsberechtigt ? ja nein

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage

Die beschädigte Sache kam besichtigt werden bei: _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden? Ja nein ggf .durch wen : _____

frühere Schäden; Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____

Arntl. Kennzeichen: _____ **Wie viele Vorbesitzer sind im KFZ-Brief eingetragen ?:** _____Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policen-Nr. war das *Fahrzeug* zur Zeit des Unfalls versichert ?

Haftpflicht-Vers.: _____ Nr.: _____

Vollkasko-Vers.: _____ SB: _____ EUR Nr.: _____

Teilkasko-Vers.: _____ Nr.: _____

Rechtsschutz-Versicherung: _____ Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Beruf: _____

selbständig ? ja nein monatliches Nettoeinkommen: _____

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

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

Von wem ? : _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____

Name und Anschrift das Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ? ja nein vom _____ bis _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an ? _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit ja nein Welche Berufsgenossenschaft ist **zuständig**? _____Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt ? _____