

Rechtsanwälte
Viefhues, Rottmann-Viefhues, Seidt, Beuing
Neuenkirchener Str. 16
48431 Rheine

Tel. (05971) 161455
Fax: (05971) 1614570

Datum:

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: _____
(Name, Anschrift)

(Beruf, Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer: _____

Gegner: _____

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

Unfallort: _____ Unfallzeit: _____ Unfalltag: _____

Kurze Unfallschilderung:

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

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:

Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese: _____

Bei Ansprüchen wegen **Sachschäden**

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) ja nein

Art und Umfang der Beschädigung: _____

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

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel: _____

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

frühere Schäden; Art und Umfang: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ KM Stand: _____ Baujahr: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____

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

Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr.: _____

Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung: _____ Nr.: _____

Teilkasko Versicherung: _____ Nr.: _____

Rechtsschutz Versicherung: _____ Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen **Personenschäden**

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

(Postleitzahl)

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig: ja nein Monatliches Nettoeinkommen: _____ EUR

(Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel: _____

(Postleitzahl)

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein von wem? _____ mtl. _____ EUR

Art und Umfang der Verletzungen

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ja nein vom _____ bis (voraussichtlich) _____

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? _____

Der Verletzte ist damit einverstanden, daß die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen

ja nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)