

Rechtsanwältin Susanne Bingmann

Fragebogen für Anspruchsteller Sach – und Personenschaden

Anspruchsteller:

Name: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Bankverbindung:

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Versicherungsnehmer (Schadenstifter):

Name: _____

Geburtsname: _____

Anschrift: _____

versichert bei: _____

amtl. Kennzeichen: _____

Fahrzeug: _____

Fahrer (wenn nicht VN): _____

Unfall:

Unfall-Ort: _____

Unfall-Datum: _____

Unfall-Uhrzeit: _____

Unfallschilderung:

Andere Unfallbeteiligte: Name, Adresse, Kfz, Kennzeichen

Unfallzeugen: Name, vollständige Adresse

Unfallaufnahme durch:

Name der Polizei-Dienststelle: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tagebuch-Nummer: _____

Sachschaden des Anspruchstellers:

Was wurde beschädigt: _____

Anschaffungsdatum: _____

Neupreis (Belege beifügen, wenn vorhanden): _____

Lichtbilder der Beschädigungen möglichst beifügen

Name der Reparatur-Werkstatt: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Besichtigungsort: _____

Name des Gutachters: _____

Straße: _____

PLZ, Ort, Tel.: _____

Rechtsschutzversicherung:

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Personenschaden des Anspruchstellers:

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Beruf: _____

Nettoeinkommen: EUR _____

Arbeitgeber: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

bisherige Rente (EUR/Mon.): EUR _____

Versicherungsträger: _____

Verletzungen:

Diagnose: _____

Krankenhausaufenthalt von/bis: _____

Name des Krankenhauses: _____

Abteilung, behandelnder Arzt: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

ambulant behandelnde Ärzte: _____

krankgeschrieben von/bis: _____

Name der Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Renten-Versicherung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Policennummer: _____

Bei Berufs-/Wege-Unfall:

Name der Berufsgenossenschaft: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer: _____

SCHADENSAUFSTELLUNG:

Verkehrsunfall vom _____, _____ Uhr

in _____

| Pos. | Bezeichnung | Forderung | Zahlung |
|-------------|---------------------|------------------|----------------|
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | | ___ EUR | ___ EUR |
| | Gesamtbetrag | ___ EUR | ___ EUR |