

Hans-Werner Rolf

Rechtsanwalt

Tangstedter Weg 35 c · 22397 Hamburg · Tel. 040 - 27 88 00 85 · Fax 040 - 27 88 00 44
www.kfz-anwalt.hamburg mail@rechtsanwalt-rolf.de

Fragebogen für Anspruchsteller

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV und dem Deutschen Anwaltverein getroffenen Vereinbarung.

Schaden-Nr., soweit bekannt:

1. Anspruchsteller

1.1 Familienname, Vorname:

Berufliche Tätigkeit:

1.2 Anschrift:

Telefon privat / beruflich / mobil:

1.3 Bankverbindung

Kontoinhaber:

Name und BIC des Kreditinstitutes:

IBAN:

1.4 Familienname und Vorname des Fahrers im Unfallzeitpunkt:

Anschrift:

Telefon:

2. Unfallgegnerseite

2.1 Name und Vorname des Versicherungsnehmers:

2.2 Anschrift:

Telefon:

2.3 Versichert bei:

2.4 Policen-Nr.:

2.5 Amtliches Kennzeichen des Unfallgegnerfahrzeugs:

2.6 Familienname und Vorname des Fahrers im Unfallzeitpunkt:

2.7 Anschrift:

Telefon:

- 2 -

3. Unfall

3.1 Unfallort (Gemeinde, Straße, Höhe / Haus-Nr. usw.):

Unfallzeitpunkt (Tag, Stunde, Minute):

3.2 Genaue Unfallschilderung (erforderlichenfalls ein Extrablatt beifügen):

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Namen und Anschriften):

3.4 Familienname, Vorname und Anschrift von Unfallzeugen:

3.5 Polizeidienststelle, die den Unfall aufgenommen hat, und deren Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.:

4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

4.1 Beschädigte Sachen:

4.2 Eigentümer, evtl. Leasingnehmer:

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigung:

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:

4.5 Die beschädigten Sachen können besichtigt werden nach (telefon.) Terminabsprache bei:

Telefon:

- 3 -

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Art, Hersteller und Typ:

Fahrzeug-Identnr.:

Hubraum des Motors:

Leistung des Motors:

Amtliches Kennzeichen:

Erstzulassung:

km-Stand:

5.2 Kfz-Haftpflichtversicherer im Unfallzeitpunkt:

Policen-Nr.:

Vollkaskoversicherung / SB:

Teilkaskoversicherung / SB:

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Anzahl der Verletzten auf Anspruchstellerseite insgesamt:

Wenn mehr als eine Person verletzt worden ist, werden diese Formularseite und die Folge-
seite für jede weitere verletzte Person zusätzlich ausgefüllt und jeweils von der verletzten
Person unterschrieben vorgelegt.

6.1 Familienname und Vorname der verletzten Person:

6.2 Anschrift, Telefon:

6.3 Geburtsdatum, Familienstand:

Zahl und Alter der Kinder:

6.4 Ausgeübter Beruf:

Selbständig:

6.5 Name des Arbeitgebers:

Anschrift, Telefon:

6.6 Bezug einer von diesem Unfall unabhängigen Rente:

Rentenart oder Rentenzahler und mtl. Betrag:

- 4 -

7. Verletzungen

7.1 Art und Umfang der Verletzungen in grober / kurzer Darstellung (Im Übrigen wird ggf. Bezug genommen auf einen einzuholenden detaillierten Arztbericht):

7.2 Sicherheitsgurt angelegt:

7.3 Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes:

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses:

7.5 Namen und Anschriften ambulant behandelnder Ärzte:

7.6 Krankschreibung / Zeitraum:

7.7 Krankenkasse bzw. -versicherung des Verletzten:

7.8 Berufs- oder Wegeunfall:

7.9 Zuständige Berufsgenossenschaft:

7.10 Gesetzlich rentenversichert:

7.11 Rentenversicherungsanstalt:

Zum Zwecke der Überprüfung der gemachten Angaben bzw. der Ermittlung und Beurteilung der Verletzungen und der daraus abgeleiteten Ansprüche befreit die verletzte Person freiwillig und auch über den Tod hinaus Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht.

Alle Angaben hat die geschädigte Person nach bestem Wissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift