

Fragebogen für Anspruchsteller

(Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem HUK-Verband und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung)

Az.:

Mandant:

Vorname Name: _____

Adresse: _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer:

Vorname Name: _____

Adresse: _____

Gegner:

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____ Policen-Nr.: _____

Aktenzeichen der Versicherung: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift und Kennzeichen des Fahrzeugs): _____

Unfallzeugen (Name und Anschrift): _____

Welche Polizeidiensstelle 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: 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? _____ Tage

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei (Name und Anschrift): _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden?

ja nein ggf. durch wen: _____

frühere Schäden (Art und Umfang): _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ Kilometerstand: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kfz-Brief eingetragen: _____

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

Haftpflichtversicherung: _____ Nr.: _____

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

Teilkasko-Versicherung: _____ Nr.: _____

Rechtsschutz-Versicherung: _____ Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name und Anschrift des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Selbständig ja nein monatliches Nettoeinkommen: _____ €

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente?

nein ja von wem? _____ mtl. _____ €

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte (Name & Anschrift):

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

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag ein 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 Rentenversicherung? _____

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungs-unternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen ja nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Antragstellers