

# Fragebogen für Anspruchsteller

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem VdS und dem Deutschen Anwaltverein getroffenen Vereinbarung. Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

Aktenzeichen des Versicherers:

Aktenzeichen d. Anspruchstellers:

- 1.1. Name des Anspruchstellers: berufl. Tätigkeit:  
1.2. Anschrift: Tel:  
1.3. Konto-Nr: bei: BLZ:  
Kontoinhaber:  
1.4. Fahrer:

- 2.1. Name des Versicherungsnehmers (Schadensstifters):  
2.2. Anschrift: Tel:  
2.3. Versichert bei: 2.4. Policen-Nr:  
2.5. Amtliches Kennzeichen: 2.6. Name d. Fahrers:  
2.7. Anschrift des Fahrers: Tel:

- 3.1. Unfallort:  
Unfalltag: Unfallzeit:

3.2. Genaue Unfallschilderung m. Skizze (ggf. auf besonderem Blatt):

- 3.3. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeugs):  
3.4. Name und Anschrift der Unfallzeugen:  
3.5. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:

## 4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:

- 4.1. Was wurde beschädigt:  
4.2. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber:  
4.3. Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)? ja  nein   
4.4. Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung):  
4.5. Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: Tel:

## 5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:

- 5.1. Fahrzeugart: Hersteller: Typ: Baujahr:  
Amtl. Kennz: Erstzulassung: Km-Stand:  
5.2. Durch welche Gesellschaft war das beschädigte Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt versichert:  
Haftpflicht-Versicherung: Nr.:  
Vollkasko-Versicherung: Selbstbet. EUR: Nr.:  
Teilkasko-Versicherung: Selbstbet. EUR: Nr.:  
Rechtsschutz-/Verkehrservice-Versicherung: Nr.:

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Unterschrift

**6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden**

- 6.1. Name des Verletzten:
- 6.2. Anschrift: Tel:
- 6.3. Geburtsdatum: Familienstand:  
Zahl und Alter der Kinder:
- 6.4. Ausgeübter Beruf: selbständig: ja  nein   
Monatl. Nettoeinkommen:
- 6.5. Name des Arbeitgebers:
- 6.6. Anschrift: Tel:
- 6.7. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente: ja  nein  Höhe:..  
von wem:

- 7.1. Art u. Umfang der Verletzungen:
- 7.2. Sicherheitsgurt angelegt: ja  nein
- 7.3. Krankenhausaufenthalt von: bis (voraussichtlich)
- 7.4. Name und Anschrift d. Krankenhauses:
- 7.5. Ambulant behandelnde Ärzte:
- 7.6. Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja  nein  vom bis (voraussichtlich)
- 7.7. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an:
- 7.8. Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von und zur Arbeit: ja  nein
- 7.9. Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:
- 7.10. Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja  nein
- 7.11. Bei welcher Anstalt:

<p>Zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ludwigsburg, den</b></p> <p style="text-align: right;">Unterschrift</p>
--	---