

LEXURIS

RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBH

Fachkanzlei für Arbeits- und Verkehrsrecht
Schulstrasse 60
77694 Kehl
Tel. +49 (0) 7851 – 899 490
Fax +49 (0) 7851 – 899 4929
kanzlei@lexuris.de

Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant:

Name, Anschrift

Beruf / Telefon / email

Bankverbindung (IBAN bitte unbedingt angeben)

vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Fahrer:

Fahrzeugart (PKW, LKW, Motorrad...): _____ Fabrikat: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei:

Versicherungsschein-Nr.: _____

Aktenzeichen des Versicherers: _____

Angaben zum Unfallhergang

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

Unfallskizze:

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

Name und Anschrift der Unfallzeugen:

polizeiliche Unfallaufnahme ?

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:

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

Bei Ansprüchen von **Sachschäden**

Was wurde beschädigt?

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Gehört sie zum Betriebsvermögen? Ja nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mwst) ja nein

Art und Umfang der Beschädigung:

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

Voraussichtlich Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: _____ EUR

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

Tel.: _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden? Ja nein ; ggf. durch wen _____

frühere Schäden; Art und Umfang:

Wurden Abtretungserklärungen unterschrieben? Wenn ja, an wen und in welcher Forderungshöhe?

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

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

Amtliches Kennzeichen _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen?

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

Haftplicht-Versicherung: _____

Police - Nr.: _____

Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR

Police - Nr.: _____

Teilkasko-Versicherung: _____

Police - Nr.: _____

Rechtsschutz-Versicherung: _____

Police - Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Bitte separate Schweigepflichtsentbindungserklärung ausfüllen !

Name des Verletzten:

Anschrift:

Tel.:

Geburtsdatum:

_____ Familienstand: _____

Zahl und Alter der Kinder:

Ausgeübter Beruf:

_____ selbstständig: ja nein ;

Monatliches Nettoeinkommen

_____ EUR (Bescheinigung erforderlich)

Name des Arbeitgebers:

Anschrift :

Tel.:

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja nein , ggf. 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?

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)