



OliverRabbat
RECHTSANWALT

Verkehrs- und Strafrecht Ackerstr. 9 10115 Berlin Tel.: +(49) 30.692008670 Fax.: +(49) 30.692008970

Fragebogen für Anspruchsteller

Anspruchsteller:

Name: _____

Geburtsname: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Bankverbindung:

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Versicherungsnehmer (Schadenstifter):

Name: _____

Geburtsname: _____

Anschrift: _____

versichert bei: _____

amtl. Kennzeichen: _____

Fahrer (wenn nicht VN): _____

Unfall-Ort: _____

Unfall-Datum, Unfall-Uhrzeit: _____

Mail.: info@verkehrsrecht-mitte-berlin.de Web.: www.verkehrsrecht-mitte-berlin.de

Steuernummer: Finanzamt Mitte/Tiergarten 34/482/00052 Deutsche Bank / Konto 1131689 BLZ: 10070124

Andere Unfallbeteiligte:

Vorname	Name	PLZ	Ort	Straße	Kfz	Kennz.

Unfallzeugen:

Vorname	Name	PLZ	Ort	Straße

Unfallaufnahme durch:

Name der Polizei-Dienststelle: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Tagebuch-Nummer: _____

Angaben zum beschädigten Kfz:

Eigentümer (wenn nicht Anspruchsteller): _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Beschreibung des Schadens:

Schadenshöhe: (siehe unten unter SCHADENSAUFSTELLUNG)

Anzahl der Nutzungsausfalltage: _____

Name der Reparatur-Werkstatt: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Besichtigungsort: _____

Name des Gutachters: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Vorschäden: _____

Hersteller: _____

Typ: _____

Baujahr: _____

km-Stand: _____

amtl. Kennzeichen: _____

Anzahl der Vorbesitzer: _____

versichert bei: _____

Versicherungs-/Schaden-Nr.: _____

Rechtsschutzversicherung:

Name: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Angaben zum Personenschaden des Anspruchstellers:

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Beruf: _____

Nettoeinkommen: _____ EUR

Arbeitgeber: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

bisherige Rente (EUR/Mon.): _____ EUR

Versicherungsträger: _____

Verletzungen:

Krankenhausaufenthalt von/bis: _____

Name des Krankenhauses: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

ambulant behandelnde Ärzte: _____

krankgeschrieben von/bis: _____

Name der Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Name der Renten-Versicherung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Bei Berufs-/Wege-Unfall:

Name der Berufsgenossenschaft: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen. Insoweit wird auf die beiliegende Schweigepflichtentbindungserklärung des Anspruchstellers verwiesen.

Der durch den Unfall entstandene Schaden wird vorläufig wie folgt beziffert:

Schadensaufstellung:

Verkehrsunfall vom _____, _____ Uhr in _____

Pos .	Bezeichnung	Forderung	Zahlung
		____ EUR	____ EUR
		____ EUR	____ EUR
		____ EUR	____ EUR
		____ EUR	____ EUR
	Gesamtbetrag	____ EUR	____ EUR