



Bünger & Meyer  
Prötzeler Chaussee 4  
15344 Strausberg

Tel.: 03341/33180  
Fax: 03341/313783

Datum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen für Anspruchsteller

Mandant: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift)

(Beruf, Telefon, Bankverbindung)

vorsteuerabzugsberechtigt: Ja  Nein

Fahrer: \_\_\_\_\_

Gegner: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen des Versicherers: \_\_\_\_\_

Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

Kurze Unfallschilderung:

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Kennzeichen des Fahrzeugs)

Name und Anschrift der Unfallzeugen: \_\_\_\_\_

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: \_\_\_\_\_

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

### Bei Ansprüchen wegen SACHSCHÄDEN

Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

Wer ist der 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? \_\_\_\_\_

Voraussichtliche 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: \_\_\_\_\_

### Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ KM Stand: \_\_\_\_\_

Amtl. 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?

Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ EUR Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

### Bei Ansprüchen wegen PERSONENSCHÄDEN

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbstständig: Ja  Nein

Monatliches Einkommen: \_\_\_\_\_ EUR Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Bescheinigung beifügen)

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein   
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 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 Anstalt? \_\_\_\_\_

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem  
Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen: Ja  Nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Antragstellers)