

**KOLJA BRIEL**

RECHTSANWALT

TIBARG 40, D-22459 HAMBURG  
TEL. +49 - 40 - 58 95 57 - 91 · FAX - 93  
RECHTSANWALT@KOLJA-BRIEL.DE**Fragebogen  
für Anspruchsteller**Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV  
und dem Deutschen Anwaltverein getroffenen Vereinbarung.  
Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Aktenzeichen des Versicherers:

Aktenzeichen des Anspruchstellers:

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

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

- 3.1 Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_  
3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt): \_\_\_\_\_

- 3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches 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? Ja  Nein   
4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (lt. Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung u.ä.): \_\_\_\_\_  
4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**5. BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN**

- 5.1 Typ: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_  
Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_ Flident-Nr.: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_  
5.2 Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?  
Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_  
Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: € \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Teilkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: € \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Rechtsschutz-/Verkehrservice-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht zu Lasten des Schädigers. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke auszustellen ist.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum/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  Monatliches Nettoeinkommen: € \_\_\_\_\_
- 6.5 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_
- 6.6 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein  Von wem? \_\_\_\_\_ monatl. € \_\_\_\_\_
- 
- 7.1 Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_
- 7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja  Nein
- 7.3 Krankenhausaufenthalt vom: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_
- 7.4 Name und Anschrift des 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 ein Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja  Nein
- 7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_
- 7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja  Nein
- 7.11 Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

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

Ja  Nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum/Unterschrift