

Fragebogen für Anspruchsteller

1. Angaben zum Auftraggeber

Auftraggeber

Name Vorname

Straße

PLZ, Ort

Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

Auftraggeber ist auch Halter: Ja Nein

Auftraggeber ist auch Fahrer: Ja Nein

Auftraggeber ist auch Insasse: Ja Nein

Fahrer (nur, wenn abweichend von Auftraggeber)

Name Vorname

Straße

PLZ, Ort

2. Angaben zum Unfall

Unfallort

Straße

PLZ, Ort

Datum Zeit

3. Angaben zum Unfallgegner (sofern bekannt)

Halter

Name Vorname

Straße

PLZ, Ort

Halter ist auch Insasse: Ja Nein

Halter ist auch Fahrer: Ja Nein (dann Angaben zum Fahrzeugführer)

Fahrer

Name Vorname

Straße

PLZ, Ort

Fahrzeug

Art	<input type="text"/>	Amtliches Kennzeichen	<input type="text"/>
Hersteller	<input type="text"/>	Model/Typ	<input type="text"/>
Haftpflichtversicherung	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Vers.-Nr.:	<input type="text"/>		
Schaden-Nr.:	<input type="text"/>		

4. Ansprüche wegen Sachschäden

4.1 Beschädigten Kraftfahrzeuge:

Tag der Erstzulassung	<input type="text"/>	Art	<input type="text"/>
Hersteller	<input type="text"/>	Modell/Typ	<input type="text"/>
Amtliches Kennzeichen	<input type="text"/>	KM-Stand	<input type="text"/>
Was wurde beschädigt?	<input type="text"/>		
Wer ist Eigentum der Sache?	<input type="text"/>		
Sache Teil Betriebsvermögen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Art und Umfang des Schadens	<input type="checkbox"/> laut Gutachten	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>
Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten	<input type="checkbox"/> laut Gutachten		
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
Voraussichtliche Reparaturdauer:	<input type="checkbox"/> laut Gutachten		
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
Besichtigung/Gutachten	<input type="checkbox"/> Ja durch: <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Nein		
Vorschäden (Art, Umfang):	<input type="text"/>		
Versicherungsgesellschaft	<input type="text"/>		
Versicherungsnehmer	<input type="text"/>		
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>		
Vollkasko-Versicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Selbstbeteiligung <input type="text"/>
Teilkasko-Versicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Selbstbeteiligung <input type="text"/>

4.2 (Sonstige/Neutrale Ansprüche)

Was wurde beschädigt?

Wer ist Eigentum der Sache?

Sache Teil Betriebsvermögen?

Ja

Nein

Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.)?

Ja

Nein

Art und Umfang des Schadens

laut Gutachten

Sonstiges

5. Andere am Unfall beteiligte Personen (sofern bekannt)

1. Beteiligter

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

Zeugen

(sofern bekannt)

1. Zeuge

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

2. Zeuge

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

6. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Name Dienststelle

Straße

PLZ, Ort

Vorgangs-Nummer

, den

Ort

Datum

Unterschrift Auftraggeber