

Fragebogen für Anspruchsteller

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem
HUK-Verband und dem Deutschen Anwaltverein
getroffenen Vereinbarung.

| |
|------------------------------------|
| Aktenzeichen des Versicherers: |
| Aktenzeichen des Anspruchstellers: |

1.1 Name des Anspruchstellers: Berufliche Tätigkeit:

1.2 Anschrift: (Postleitzahl) (Ort) Tel.:

1.3 Konto-Nr: bei: BLZ:
Kontoinhaber:

1.4 Fahrer:

2.1 Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifters):

2.2 Anschrift: (Postleitzahl) (Ort) Tel.:

2.3 Versichert bei:

2.4 Policen-Nr:

2.5 Amtliches Kennzeichen:

2.6 Name des Fahrers:

2.7 Anschrift des Fahrers: (Postleitzahl) (Ort) Tel.:

3.1 Unfallort: Unfalltag: Unfallzeit:

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze:

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:
(Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges)

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:

4.3 Gehört sie zum Betriebsvermögen? [ja] [nein]
Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) [ja] [nein]

4.4 Art und Umfang der Beschädigung:

4.5 Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden:

4.6 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:

4.7. Voraussichtliche Reparaturdauer:

4.8. Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

Tel.: _____

4.9 Hat eine Besichtigung stattgefunden: [ja] [nein] ggf. durch wen:

4.10 Frühere Schäden; Zahl und Umfang

5. Bei beschädigten Fahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

5.1 Fahrzeugart :
Fabrikat :
Baujahr :
Km-Stand:
Amtl. Kennz.:

5.2 Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen

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

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|-----|
| Haftpflicht-Versicherung: | Nr.: | |
| Vollkasko-Versicherung: | Selbstbeteiligung €: | Nr: |
| Teilkasko-Versicherung: | Selbstbeteiligung €: | Nr: |
| Rechtsschutz- /Verkehrsservice-Vers.: | Nr: | |

5.4. Leasing Fahrzeug: [ja] [nein] ; Leasing-Bank:

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

6.1 Name des Verletzten

6.2 Anschrift:
(Postleitzahl)

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.:
(Postleitzahl)

6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: [ja] [nein]
von wem: monatl. €

7.1 Art und Umfang der Verletzungen:

7.2 Sicherheitsgurt angelegt: [ja] [nein]

7.3 Krankenhausaufenthalt von bis (voraussichtlich)

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: Tel.:
(Postleitzahl)

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte:
(genaue Anschriften mit Postleitzahl)

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: [ja] [nein] vom bis (voraussichtlich)

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an:

7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege 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:

8 Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsuntern.
Gutachten u. Auskünfte erteilen: [ja] [nein]

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

....., den _____
(Unterschrift des Anspruchstellers)