|  |  |
| --- | --- |
| Fragebogen für Anspruchsteller **Allgemeine Angaben und Schilderung des Unfallherganges** |  |
| Unser Aktenzeichen (bitte stets angeben): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.** | Name des Anspruchstellers: | |  | | | Berufl. Tätigkeit: | |  | |
|  | Anschrift: |  | | | | | | | |
|  | Tel.: |  | |  | | Geburtsdatum: | |  | |
|  | eMail-Adresse: |  | |  | | |  | |  |
|  | IBAN: |  | |  | | BIC: | |  | |
|  | Bank: |  | |  |  | Kontoinhaber: | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | | | |
| **B.** | Name des Mitgliedes: | |  | | | | |
|  | Anschrift: | |  | | |  |  |
|  | amtl. Kennzeichen: | |  |  |  | | |
|  |  | |  | | |  |  |
|  |  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | | | |
| **C.** | Unfallort: |  | | Fahrer (Name, Anschrift): | |  | |
|  | Unfalltag: |  | | Unfallzeit: |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Andere am Unfall beteiligte Personen (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeuges): | | |  |
|  |  | | | |
|  | Name und Anschrift von Zeugen: |  | | |
|  |  | | | |
|  | Anschrift und Aktenzeichen der den Unfall aufnehmenden Polizeidienststelle: | |  | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  | **Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zu Sach- und/oder Personenschäden**  Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen! |  |
| **Unser Aktenzeichen (bitte stets angeben):** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.** | Bei Ansprüchen wegen Sachschäden | | | | |  | | |
|  | Was wurde beschädigt: | |  | | | | | |
|  | Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache (evtl. auch Leasinggeber): | | | | | |  | |
|  | Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung: | | | | Ja  Nein | | | |
|  | Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Bitte Nachweise beifügen): | | | | | | | € |
|  | Die beschädigte Sache kann unter folgender Anschrift besichtigt werden: | | | | | |  | |
|  | Tel.: |  |  | Vorschäden (auch reparierte): | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bei beschädigten Kraftfahrzeugen: | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | Art: |  | | Hersteller: | | |  | | | Typ: |  | | | Fahrzeug-Ident.-Nr.: | | |  | |
|  | amtliches Kennzeichen: | | | |  | | | Erstzulassung: | | |  | | | km-Stand: | | | km | |
|  | Durch welche Versicherungsgesellschaft und unter welcher Versicherungsschein-Nummer war das Fahrzeug im Unfallzeitpunkt versichert? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Haftpflicht: | |  | | | | | |  | | | | | | Vers.-Nr.: | | |  |
|  | Vollkasko: | |  | | | | | | Selbstbeteiligung: | | | | € | | |  | |  |
|  | Teilkasko: | |  | | | | | | Selbstbeteiligung: | | | | € | | | Vers.-Nr.: | |  |
|  | Rechtsschutz-/Verkehrsservice: | | | | |  | | | | | | | | | | Vers.-Nr.: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **E.** | Bei Ansprüchen wegen Personenschäden: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | Name des Verletzten: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Geburtsdatum: | | | |  |
|  | Anschrift: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel.: |  |
|  | Beruf: |  | | | | | | | | Selbstständig: | | | | | Ja  Nein | | | | | | mtl. Nettoeinkommen: | | | | | | € |
|  | Name des Arbeitgebers: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Anschrift: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel.: |  |
|  | Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | |  | | | |
|  | Wenn ja, von wem: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | mtl. Nettorente: | | | | | € |
|  | Art und Umfang der Verletzungen: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Sicherheitsgurt angelegt / Schutzhelm getragen: | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | |  |  |
|  | Krankenhausaufenthalt von: | | | | | |  | | | | | | bis: |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | Name und Anschrift des Krankenhauses: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Name und Anschrift der ambulant behandelnden Ärzte: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wurde der Verletzte hauskrank geschrieben / wurde Arbeitsunfähigkeit attestiert: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | |
|  | Wenn ja, von: | |  | | | | | bis: | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte versichert: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | |
|  | Wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | |
|  | Wenn ja, bei welchem Rentenversicherungsträger: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| AST-Fragebogen Vers MGL 3.0 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift |