

## Fragebogen für Anspruchsteller bei Verkehrsunfällen

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

### 1. Anspruchsteller

1.1.	Name des Anspruchstellers		
	berufliche Tätigkeit		
1.2.	Straße, Hausnummer PLZ, Ort		
1.3.	Konto-Nr. Bankleitzahl / Bank		
1.4.	Fahrer: Name, Vorname Adresse		

### 2. Schädiger

2.1.	Name Versicherungsnehmer (Schadensstifter)		
2.2.	Straße, Hausnummer PLZ, Ort		
2.3.	Versichert bei (Gesellschaft)		
2.4.	PolicenNr:		
2.5.	Amtliches Kennzeichen:		
2.6.	Fahrer: Name, Vorname		
2.7.	Anschrift des Fahrers:		

### 3. Angaben zum Unfallgeschehen

3.1.	Unfallort / Straße Unfalltag Unfallzeit		
3.2.	Unfallschilderung ggf. mit Skizze (ggf. auf besonderem Blatt):		
3.3.	Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:		
3.4.	Name und Anschrift von Unfallzeugen; falls vorhanden:		

	Telefonnummer	<input type="text"/>
3.5.	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Aktenzeichen:	<input type="text"/> <input type="text"/>

**4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:**

4.1.	Was wurde beschädigt	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="text"/>
4.2.	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.3.	Gehört sie zum Betriebsvermögen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.4.	Art und Umfang der Beschädigung:	<input type="checkbox"/> Siehe Gutachten <input type="checkbox"/> Siehe Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> Siehe Rechnung <input type="text"/>
4.6.	Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:	ca. <input type="text"/> €
4.7.	Voraussichtliche Reparaturdauer:	ca. <input type="text"/> Tage
	Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.9.	Hat eine Besichtigung stattgefunden: durch (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> Gutachter (Sachverständigengutachten) <input type="checkbox"/> Werkstatt (Kostenvoranschlag) <input type="text"/>

**5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:**

5.1.	Fahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="text"/>
	Fabrikat: <input type="text"/> Baujahr: <input type="text"/>
	Km-Stand: <input type="text"/> Amtl. Kennz: <input type="text"/>
5.3.	Durch welche Gesellschaft war das beschädigte Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt versichert:
	Haftpflicht: <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>
	Vollkasko: <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/> SB <input type="text"/>
	Teilkasko: <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/> SB <input type="text"/>
5.4.	Leasing-Fahrzeug: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      Finanziert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Gesellschaft / Bank: <input type="text"/>
	Vertragsnummer: <input type="text"/>

**6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden**

6.1.	Name, Vorname d. Verletzten	<input type="text"/>
------	-----------------------------	----------------------

6.2.	Anschrift:	<input type="text"/>
6.3.	Geburtsdatum Familienstand Zahl der Kinder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.	Selbständig Ausgeübter Beruf Monatl. Nettoeinkommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/> <input type="text"/>
6.5.	Name des Arbeitgebers	<input type="text"/>
6.6.	Anschrift des Arbeitgeber	<input type="text"/>
6.7.	Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente? Art der Rente und Rententräger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>

### 7. Angaben zu Verletzungen

7.1.	Art u. Umfang der Verletzungen	<input type="text"/>
7.2.	Sicherheitsgurt angelegt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7.3.	Ambulante ärztliche Behandlung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <b>bei</b> (Name(n) und Anschrift(en) aller behandelnden Ärzte und ambulant behandelnder Kliniken) <input type="text"/>
7.4.	Stationäre klinische Behandlung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <b>bei</b> (Name(n) und Anschrift(en) aller stationär behandelnden Kliniken) <input type="text"/>
7.5.	Ist der Verletzte hauskrank geschrieben	<input type="checkbox"/> Ja von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
7.6.	Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an	<input type="text"/>
7.7.	Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von und zur Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7.8.	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig	<input type="text"/>