

Fragebogen für Anspruchsteller

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

1. Name des/der Anspruchsteller Beruf:

Anschrift: Tel.:

(Postleitzahl)

Ihr Aktenzeichen (falls vorhanden):

Konto-Nr.: bei: BLZ:

Kontoinhaber:

2. Name des Versicherungsnehmers:

Anschrift: Tel.:

(Postleitzahl)

Versichert bei: Policen-Nr.:

Polizeiliches Kennzeichen: Name des Fahrers:

Anschrift des Fahrers: Tel.:

(Postleitzahl)

3. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache (Leasing/Finanzierung?)

Gehört sie zum Betriebsvermögen? Vorsteuerabzugsberechtigt?

4. Bitte erstellen Sie eine Skizze unter Berücksichtigung folgender Punkte

- Reichen sie eine Skizze des gesamten Straßenabschnitts bzw. der Kreuzung, in dem/der sich der Unfall ereignet hat, ein.
- Tragen Sie Ihr eigenes Fahrzeug und das gegnerische Unfallfahrzeug sowie die Fahrstrecke unmittelbar vor dem Unfall ein.
- Tragen Sie sämtliche vorhandenen Verkehrszeichen und Fahrbahnmarkierungen in die Skizze ein
- Berücksichtigen Sie in der Skizze auch sonstige Unfallbeteiligte. Unfallbeteiligter ist nicht nur der Kollisionsgegner, sondern auch z.B. derjenige, der durch plötzliches Abbremsen oder durch einen Schlenker auf der Fahrbahn das Unfallgeschehen mittelbar ausgelöst hat

5. Reichen Sie ergänzend zur Skizze noch einen schriftlichen Unfallbericht ein, in dem Sie zusätzlich insbesondere folgende Angaben, soweit möglich, machen sollten:

- ungefähre Geschwindigkeit der Fahrzeuge vor dem Unfall
- Wetterverhältnisse zum Unfallzeitpunkt
- Sichtverhältnisse zum Unfallzeitpunkt
- Straßenverhältnisse zum Unfallzeitpunkt (z.B. Straßenglätte)

6. Bei Personenschäden:

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ (Postleitzahl) Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig? ja nein Monatliches Nettoeinkommen: _____ €
(Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein ; von wem? _____ mtl.: _____ €

Art und Umfang der Verletzungen: _____

War der Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

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

Ambulant behandelnde Ärzte: _____
(genaue Anschriften mit Postleitzahl)

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja nein vom: _____ bis (voraussichtlich): _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag der Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit? ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt? _____