

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

## Fragebogen für Anspruchsteller

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

- 1.1 Name des/der **Anspruchsteller** \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_
- 1.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)
- 1.3 Ihr Aktenzeichen (falls vorhanden): \_\_\_\_\_
- 1.4 **Konto-Nr.:** \_\_\_\_\_ **bei:** \_\_\_\_\_ **BLZ:** \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_
- 

- 2.1 Name des **Versicherungsnehmers:** \_\_\_\_\_
- 2.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)
- 2.3 Versichert bei: \_\_\_\_\_ 2.4 Policen-Nr.: \_\_\_\_\_
- 2.5 Polizeiliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ 2.6 Name des Fahrers: \_\_\_\_\_
- 2.7 Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)

- 3.1 Schadenort: \_\_\_\_\_  
Schadentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_
- 3.2 Bitte schildern Sie den Schadenhergang ggf. mit Skizze auf besonderem Blatt

- 3.3 Anschriften von Zeugen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bei Verkehrsunfällen:

- 3.4 Welche Verkehrsteilnehmer waren noch am Unfall beteiligt? (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_
4. Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. Bei Sachschäden:

- 5.1 Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_
- 5.2 Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache? \_\_\_\_\_
- 5.3 Gehört sie zum Betriebsvermögen?  ja  nein Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)?  ja  nein
- 5.4 Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_
- 5.5 Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? \_\_\_\_\_
- 5.6 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: € \_\_\_\_\_
- 5.7 Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_
- 5.8 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 5.9 Hat eine Besichtigung stattgefunden?  ja  nein; ggf. durch wen? \_\_\_\_\_
- 5.10 Bei Glasbruch: Glas- bzw. Hausratversicherung  nein  ja, bei \_\_\_\_\_ VSNR: \_\_\_\_\_
- 5.11 Frühere Schäden: Zahl und Umfang: \_\_\_\_\_

## 6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen bitte zusätzlich beantworten:

- 6.1 Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ kW: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_
- 6.2 Wie viele Vorbesitzer sind im Fahrzeugbrief eingetragen? \_\_\_\_\_
- 6.3 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: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
- Insassenunfall-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

**Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht zu Lasten des Schädigers. Bitte informieren Sie die Reparaturwerkstatt, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke aufzustellen ist.**

## 7. Bei Personenschäden:

- 7.1 Name des Verletzten: \_\_\_\_\_
- 7.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)
- 7.3 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_
- 7.4 Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig?  ja  nein Monatliches Nettoeinkommen: € \_\_\_\_\_  
(Bescheinigung beifügen)
- 7.5 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_
- 7.6 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)
- 7.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente?  ja  nein; von wem? \_\_\_\_\_ mtl. € \_\_\_\_\_
- 8.1 Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_
- 8.2 War der Sicherheitsgurt angelegt?  ja  nein
- 8.3 Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_
- 8.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)
- 8.5 Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_  
(genaue Anschriften mit Postleitzahl)
- 8.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?  ja  nein vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_
- 8.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_
- 8.8 Lag der Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit?  ja  nein
- 8.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_
- 8.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?  ja  nein
- 8.11 Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_
9. Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen:  
 ja  nein

Bitte fügen Sie zum Nachweis der Schadenhöhe Rechnungen und Belege bei!

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Anspruchstellers)