

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 mit Skizze  
(ggf. auf einem besonderen 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.: \_\_\_\_\_

## 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)