



Universitätsstraße 58  
44789 Bochum  
Fax-Nr.: +49 234 303-1940

Aktenzeichen BOGESTRA AG  
FR3/

### Fragebogen für Anspruchsteller

1.1 Name des Anspruchstellers ..... Beruf: .....

1.2 Adresse: ..... Tel.: .....

PLZ/Ort: .....

1.3 IBAN: ..... BIC: .....

Bank: ..... Kontoinhaber: .....

1.4 Fahrer: ..... Halter: .....

2.1 Name des Anspruchgegners (Schadenstifters): .....

2.2 Amtliches Kennzeichen: ..... Name des Fahrers: .....

2.3 Unfallort: ..... Linie: .....

Unfalltag: ..... Unfallzeit: ..... Fahrtrichtung: .....

3.1 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):

3.2 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: .....

3.3 Name und Anschrift der Unfallzeugen: .....  
(Name, Anschrift, amtl. Kennz. des Fahrzeuges)

3.4 Unfallaufnehmende Polizeidienststelle und Aktenzeichen: .....

4. Bei Ansprüchen wegen SACHSCHÄDEN

- 4.1 Was wurde beschädigt? .....
- 4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache: .....
- 4.3 Verwendung der Sache/des Fahrzeuges: privat  gewerblich   
Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) ja  nein
- 4.4 Art und Umfang der Beschädigung .....
- 4.5 Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden: .....
- 4.6 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: .....
- 4.7 Voraussichtliche Reparaturdauer: .....
- 4.8 Hat eine Besichtigung stattgefunden: ja  nein  ggf. durch wen: .....
- 4.9 Frühere Schäden; Zahl und Umfang: .....

---

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

- 5.1 Fahrzeugart: ..... Fabrikat: ..... Baujahr: ..... Km-Stand: ..... Amtl. Kennz.: .....
- 5.2 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: ..... Selbstbeteiligung: ..... Nr.: .....
- 5.3 Leasing-Fahrzeug: ja  nein  Leasing Bank: .....

---

6. Bei Ansprüchen wegen PERSONENSCHÄDEN

- 6.1 Name des Verletzten: .....
- 6.2 Anschrift: .....  
(Postleitzahl)
- 6.3 Geburtsdatum: ..... Familienstand: ..... Zahl und Alter der Kinder: .....
- 6.4 Ausgeübter Beruf: ..... selbstständig: ja  nein
- 6.5 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja  nein

- 
- 7.1 Art und Umfang der Verletzungen: .....
- 7.2 Sicherheitsgurt angelegt: ja  nein
- 7.3 Krankenhausaufenthalt von ..... bis (voraussichtlich) .....
- 7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: .....
- 7.5 Ambulant behandelnde Ärzte: .....  
(genaue Anschrift mit Postleitzahl)
- 7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja  nein  vom ..... bis (voraussichtlich) .....
- 7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: .....
- 7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit: ja  nein
- 7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: .....
- 7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja  nein
- 7.11 Falls ja, bei welchem Rentenversicherungsträger: .....

---

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Anspruchstellers

**Hinweis nach dem Bundesdatenschutzgesetz:**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre personalbezogenen Daten zwecks Abwicklung des Schadens in unserem EDV-System auf Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden. Außerdem kann es erforderlich sein, dass Ihre personenbezogenen Daten z. B. an einen Rechtsanwalt oder eine andere Haftpflichtversicherung weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.