## Bochum-Gelsenkirchener Straßenbahnen Aktiengesellschaft



Universitätsstraße 58 44789 Bochum

Fax-Nr.: +49 234 303-1940

E-Mail: rechtsabteilung@bogestra.de

Aktenzeichen BOGESTRA AG FR3/

## Fragebogen für Anspruchsteller\*innen

1.1	Name Anspruchsteller*in		Beruf:	
1.2	Adresse:		Tel:	
	PLZ/Ort:		E-Mail:	
1.3	IBAN:		BIC:	
	Bank:		Kontoinhaber*in:	
1.4	Fahrer*in:		Halter*in:	
2.1	Name Anspruchgegner*in:			
2.2	Amtliches Kennzeichen:		Name Fahrer*in:	
2.3	Unfallort:		Linie:	
	Unfalltag:	Unfallzeit:	Fahrtrichtung:	
3.1	Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):			
3.2	Andere am Unfall heteiligte Verkehr	steilnehmer*in:		
J. Z	Andere am oman beteingte verkein.	semicimei III.		
2.2	NI			
3.3	Name und Anschrift der Unfallzeug^I (Name, Anschrift, amtl. Kennz. des Fahrzeuges)	nnen:)		
3.4	Unfallaufnehmende Polizeidienstste	elle und Aktenzeichen:		

4.	Bei Ansprüchen wegen <b>SACHSCHÄDEN</b>			
4.1	Was wurde beschädigt?			
4.2	Wer ist Eigentümer*in der beschädigten Sache:			
4.3	Verwendung der Sache/des Fahrzeuges: privat $\square$ gewerblich $\square$			
	Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) ja $\square$ nein $\square$			
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:			
	Teilkasko-Versicherung:			
5.3	Leasing-Fahrzeug: ja 🗌 nein 🗌 Leasing Bank:			
6.	Bei Ansprüchen wegen <b>PERSONENSCHÄDEN</b>			
6.1	Name des/der 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/die 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 vonbis (voraussichtlich)			
7.4	Name und Anschrift des Krankenhauses:			
7.5	Ambulant behandeInde Ärzte*innen:(genaue Anschrift mit Postleitzahl)			
7.6	(genaue Anschritt mit Postieitzani)  Ist der/die Verletzte hauskrank geschrieben: ja			
7.7	Welcher Krankenkasse gehört der/die Verletzte an:			
7.8	Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit: ja $\square$ nein $\square$			
7.9	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:			
7.10	Ist der/die Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja $\square$ nein $\square$			
7.11	Falls ja, bei welchem Rentenversicherungsträger:			
Rech	nungen und sonstige Belege sind beizufügen! Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!			
Datur	m Unterschrift Anspruchsteller*in			
_ ~~~	one of the control of			