

Unfallfragebogen für Anspruchsteller

1. Anspruchsteller (Mandant)

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Kto.-Nr.: _____

BLZ: _____ Institut: _____

2. Bei beschädigtem Kfz zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugtyp: _____ Fabrikart: _____

Erstzulassung: _____ Kilometerstand: _____

Kennzeichen: _____ Anzahl Vorbesitzer: _____

Bei welcher Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Police-Nummer war das Kfz zum Zeitpunkt des Unfalls versichert?

Haftpflicht-Vers.: _____ Nr.: _____

Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____

Teilkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____

Rechtsschutz-Vers.: _____ Nr.: _____

3. Versicherungsnehmer (Gegner)

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Versichert bei: _____ Police-Nr.: _____

Wenn Kfz-Unfall, Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug: _____

Wenn eine andere Person als der Halter das Kfz gesteuert hat:

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

4. Unfallhergang

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Andere am Unfall Beteiligte (*Name, Anschrift, Kfz-Kennzeichen, ggf. auf gesondertem Blatt*):

Unfallzeugen (*Name, Anschrift, ggf. auf gesondertem Blatt*):

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen: Ja: _____ Nein: _____

Dienststelle: _____ Aktenzeichen: _____

Genauer Unfallablauf mit Skizze (ggf. auf gesondertem Blatt):

5. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt: _____

Art und Umfang der Beschädigung: _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen: Ja: _____ Nein: _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: Ja: _____ Nein: _____

Anschaffungsdatum: _____ Preis: _____

Wiederherstellungskosten: _____ Reparaturdauer: _____

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? _____

Hat jemand die Sache schon besichtigt: Ja: _____ Nein: _____

Wer? _____

Frühere Schäden; Anzahl und Umfang: _____

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Angaben zum Verletzten

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Selbstständig: Ja: _____ Nein: _____ Monatliches Nettoeinkommen: _____

Firma/Name des Arbeitgebers: _____ Tel.: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja: _____ Nein: _____

Von wem: _____ Höhe monatlich: _____

7. Angaben zu den Verletzten

Art/Umfang: _____

Sicherheitsgurt angelegt: Ja: _____ Nein: _____

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

_____ Tel.: _____

Ambulant behandelnde Ärzte (ggf. auf gesondertem Blatt): _____

_____ Tel.: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: Ja: _____ Nein: _____

von: _____ bis(voraussichtlich): _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

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

Ja: _____ Nein: _____

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja: _____ Nein: _____

Bei welcher Anstalt? _____

Ich befreie die an der Heilbehandlung beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht:

Ja: _____ Nein: _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____