

Unfallfragebogen für Anspruchsteller

Kanzlei AZ:	_____
In Sachen:	_____
Kanzlei Sachb.:	_____
<i>(Wird ggf. von unserer Kanzlei ausgefüllt)</i>	

Rechnungen und sonstige Belege nach Möglichkeit im Original beifügen.

1. Anspruchsteller (Mandant)

Name: _____	Vorname: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Strasse: _____	Telefon: _____
Beruf: _____	Kto.-Nr.: _____
BLZ: _____	Institut: _____

2. Versicherungsnehmer (Gegner)

Name: _____	Vorname: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Strasse: _____	Telefon: _____
Versichert bei: _____	Policen-Nr.: _____

Wenn Kfz-Unfall, Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug: _____

Wenn eine andere Person als der Halter das Kfz gesteuert hat

Name: _____	Vorname: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Strasse: _____	Telefon: _____

3. Unfallhergang

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

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

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: _____

4. 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: 0,00 Euro _____ Reparaturdauer: _____ Tag(e)

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? _____

Hat jemand die Sache schon besichtigt? Ja Nein

Wer? _____

Frühere Schäden; Anzahl und Umfang: _____

5. Bei beschädigtem Kfz zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugtyp: _____ Fabrikat: _____

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.: _____

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 Verletzungen

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: _____