

Unfallfragebogen

Anspruchsteller (Geschädigter)

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Konto-Nr.: _____
BLZ: _____
Bank: _____

Fahrer

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Kfz-Kennzeichen

versichert bei: _____
Police-Nr.: _____

Unfall

Unfallort: _____

Rechtsschutzversicherung

versichert bei: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen

Anschrift: _____

Unfallzeugen

Name und Anschrift: _____

Angaben zum beschädigten Fahrzeug

Fahrzeugart: Pkw _____ Typ: _____

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?

Ja / Nein

Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:

_____ €

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei Anschrift:

Art und Umfang der Fahrzeugschäden:

Gegner (Schädiger)

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Kfz-Kennzeichen (Gegner)

versichert bei: _____
Police-Nr.: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Police-Nr.: _____

Weitere, am Unfall beteiligte Personen

Name und Anschrift: _____

Baujahr: _____ km-Stand: _____

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung?

Ja / Nein

vorauss. Reparaturdauer:

_____ Tage

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bei Personenschäden zusätzlich angeben:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Zahl der Kinder: _____

Krankenkasse (Name / Ort): _____

Hauskrank geschrieben vom: _____ bis: _____

Anschrift des behandelnden Arztes:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ausgeübter Beruf: _____

selbständig? Ja / Nein

monatliches Nettoeinkommen: _____ €

Anschrift d. Arbeitgebers: _____

Sicherheitsgurt angelegt? Ja / Nein

Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt vom: _____ bis: _____

Anschrift des Krankenhauses:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? Ja / Nein

zuständige Berufsgenossenschaft: _____

falls gesetzlich rentenversichert, Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

.....
Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des obigen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)