

Unfallfragebogen

Anspruchsteller (Geschädigter)

Vorname:

Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Bank / BLZ:

IBAN:

Fahrer (Geschädigter)

Vorname:

Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Kennzeichen & Versicherungsangaben

Kfz-Kennz.:

Versicherung:

Policen-Nr.:

Gegner (Schädiger)

Vorname:

Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Fahrer gegnerisches Fahrzeug

Vorname:

Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Kennzeichen & Versicherungsangaben Gegner

Kfz-Kennz.:

Versicherung:

Policen-Nr.:

Angaben zum Unfallort und Unfallgeschehen

Unfallort: Unfalltag: Unfallzeit:

Unfallschilderung (bitte beschreiben Sie den Unfallhergang):

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)?

Dienststelle: Anschrift:

Unfallzeugen:

Vorname: Nachname:

Anschrift: Anschrift:

Weitere, am Unfall beteiligte Personen:

Angaben zum beschädigten Fahrzeug

Fahrzeugart: Typ: Baujahr: km-Stand:

Gehört das Kfz zum Betriebsvermögen? Ja Nein Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

Unfallbedingte Wiederherstellungskosten (€): voraussichtliche Reparaturdauer (Tage):

Art und Umfang der Fahrzeugschäden:

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:

Ort, Datum, Unterschrift

Unfallfragebogen bei Personenschäden zusätzlich angeben!

Stammdaten

Vorname:

Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtstag: Familienstand:

Anzahl Kinder:

Krankenkasse: Ort:

Hauskrank geschrieben vom: bis:

Anschrift des behandelnden Arztes:

Arzt Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Kennzeichen & Versicherungsangaben

Kfz-Kennz.

Versicherung:

Policen-Nr.:

Angaben zur Beruflichen Tätigkeit / Ausgeübter Beruf

Beruf:

Selbständig? Ja Nein Mntl. Nettoeinkommen:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Art und Umfang der Verletzungen:

Sicherheitsgurt angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt?

Von (Datum) bis:

Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ, Ort:

Bei vorliegen eines Berufsunfalles (z.Bsp. auf dem Weg von oder zur Arbeit) bitte ausfüllen:

zuständige Berufsgenossenschaft

falls gesetzlich rentenversichert, Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Berufsunfall: Ja Nein

Rentenversicherungsnummer:

Evtl. zusätzliche nötige Informationen / Notizen:

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.

Ja Nein

Ort, Datum, Unterschrift