

AZ: Aufnahmedatum:

Unfallfragebogen für Anspruchsteller

Geschädigter/Mandant: **Geburtsdatum:**

Anschrift:

Tel.Nr. privat **geschäftlich:** **Fax** **e-mail**

Vorsteuerabzugsberechtigung ja / nein

Bank **BLZ** **Konto-Nr.**

beschädigtes Fahrzeug / Sache **voraussichtl. Schadenshöhe:**

Fahrzeugart **Fabrikat** **Baujahr** **Km-Stand** **amtl. Kennz.**

Erstzulassung: **Vorschäden:**

Haftpflicht-Vers.: **Nr.**

Vollkasko-Vers.: (SB) **Nr.**

Teilkasko-Vers.: (SB) **Nr.**

Rechtsschutz-Vers.: (SB) **Nr.**

Name u. Anschrift Fahrer:

Geburtsdatum Fahrer:

Tel.-Nr. privat **geschäftlich** **Fax:** **e-mail**

eigene Rechtsschutzversicherung Fahrer:

Unfallort:

Unfalldatum: **Unfallzeit**

polizeiliche Unfallaufnahme: (ja/nein) **Dienststelle/Tgb.-Nr.:**

Angaben zum Gegner

Fahrer (Name/Anschrift)

Fahrzeugart: **Fabrikat:** **amtl. Kennzeichen:**

Versicherung:

Policen-Nr. / VS-Nr. / Schaden-Nr.:

Unfallschilderung (kurz):

.....

Zeugen:

Sachschäden

Was wurde beschädigt:

1. Fahrzeugschaden.....
(Reparaturkosten / Wiederbeschaffungswert)
2. Wertminderung.....
3. Sachverständigenkosten.....
4. Nutzungsentschädigung
5. Mietwagenkosten
6. An- u. Abmeldekosten.....
7. Auslagenpauschale etc.
8. Finanzierungskosten
9. Sonstiges (Kleidung / Brille etc.)

Personenschäden

1. Schmerzensgeld
2. Verdienstausfall (abzügl. Krankengeld u. Lohnfortzahlung)
3. Heilbehandlungskosten
4. Arzneimittel
5. Haushaltsführungsschaden
6. Fahrauslagen
7. Sonstiges

Name des Verletzten

Anschrift:

Geburtsdatum:

ausgeübter Beruf:

Name des Arbeitgebers: ja / nein

selbständig

Art und Umfang der Verletzungen

Sicherheitsgurt angelegt : ja / nein

ambulant behandelnde Ärzte:

.....

.....

Krankenhausaufenthalt von bis voraussichtlich

Anschrift Krankenhaus:

.....

Krankenkasse:

Berufsunfall / Wegeunfall: ja / nein

Berufsgenossenschaft:

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente ja / nein

-
1. Sachverständigen beauftragenja/nein, bereits veranlasst:ja/nein, von uns veranlassen:.....ja/nein
 2. Abrechnung über Kanzlei / Mandant (Hebegebühr) oder Sonstige

Einverständniserklärung des Verletzten

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherer Auskünfte und Arztberichte erteilen.

Datum

Unterschrift:.....