

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AZ: |   | Aufnahmedatum: |   |

**Unfallfragebogen für Anspruchsteller**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Geschädigter/Mandant:** |   | Geburtsdatum: |   |
| Anschrift: |   |
| Tel. privat: |   | Tel. gesch.: |   | Fax:  |   |
| E-Mail: |   |
| Vorsteuerabzugsberechtigung | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Bank: |   | IBAN:  |   | BIC:  |   |
|  |  |  |
| beschädigtes **Fahrzeug / Sache**:   |   |
| voraussichtl. Schadenhöhe:  |   |
| Fahrzeugart: |   | Fabrikat:  |   | Baujahr:  |   |
| Km-Stand:  |   | **Amtl. Kennzeichen**: |   | Erstzulassung: |   |
| Vorschäden:  |   |
| Haftpflicht-Vers: |   | Nr.:  |   |
| Vollkasko-Vers.: |   | SB:  | € | Nr.:  |   |
| Teilkasko-Vers.: |   | SB:  | € | Nr.:  |   |
| Rechtsschutz-Vers.: |   | SB:  | € | Nr.:  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift **Fahrer**:   |   |
| Geburtstdatum Fahrer:   |   |
| Tel. privat:  |   | Tel. gesch.: |   | Fax:  |   |
| E-Mail:  |   |
| Eigene Rechtsschutzversicherung Fahrer:  |   | Nr:  |   |
|  |  |
| Unfallort:  |   |
| Unfalldatum:  |   | Unfalluhrzeit:  |   |
| Polizeiliche Unfallaufnahme  | Ja [ ]  | Nein [ ]  | Dienststelle/Tgb.-Nr.  |   |
|  |  |
| **Angaben zum Gegner** |  |
| Name und Anschrift Fahrer: |   |
| Fahrzeugart:  |   | Fabrikat:  |   | **Amtl. Kennzeichen**:  |   |
| Versicherung: |   |
| Police-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. Kosten An-/Abmeldung: |   |
| 7. Auslagenpauschale etc. |   |
| 8. Finanzierungskosten: |   |
| 9. Sonstiges (Kleidung, Brille etc.) |   |
|  |  |
| **Personenschäden** |  |
| 1. Schmerzensgeld |   |
| 2. Verdienstausfall (abzügl. Krankengeld u. Lohnfortzahlung) |   |
| 3. Heilbehandlungskosten |   |
| 4. Arzneimittelkosten |   |
| 5. Haushaltsführungsschaden |   |
| 6. Fahrtauslagen |   |
| 7. Sonstiges |   |
|  |  |
| Name des Verletzten:  |   |
| Anschrift:  |   | Geburtsdatum:  |   |
| Ausgeübter Beruf: |   |
| Name des Arbeitgebers:  |   |
| Selbständig: Ja [ ]  Nein [ ]  |  |

|  |
| --- |
| Art und Umfang der Verletzungen: |
|   |
| Sicherheitsgurt angelegt: Ja [ ]  Nein [ ]  |  |
|  |  |
| ambulant behandelnde Ärzte (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail): |
|   |
| Krankenhausaufenthalt von  |   | bis (voraussichtlich): |   |
| Anschrift Krankenhaus: |
|   |
| Krankenkasse:  |   |
| Berufs-/Wegeunfall: | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Berufsgenossenschaft:  |   |
| Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja [ ]  Nein [ ]  |
|  |
| **1.** Sachverständigen beauftragen? Ja [ ]  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:** |