

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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:** | | | | |