

Fragebogen für Anspruchsteller nach Verkehrsunfall

Angaben zum Mandanten	
Name, Titel / Firma	Geburtsdatum
Vorname / Rechtsform	Familienstand
Beruf	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	Mobiltelefon
PLZ, Ort	Telefax
Telefon	E-Mail
Kto.Nr.	BLZ
Bei der (Bank)	
Rechtsschutzversicherung	Versicherungsnummer
Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zum Unfallgegner		
<input type="checkbox"/> Fahrzeughalter <input type="checkbox"/> Fahrer Name	Vorname	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefax
Versichert bei	Versicherungsnummer	Amtl. Kennzeichen
Fahrer, falls abweichend vom Halter		

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden
Was wurde beschädigt?
Wer ist Eigentümer/Leasinggeber der beschädigten Sache?
Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen		
Hersteller, Typ	Erstzulassung	Kilometerstand
Fahrzeug-Ident-Nr.	Amtliches Kennzeichen	
Haftpflichtversicherung	Versicherungsnummer	
Vollkasko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	
Teilkasko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	

Angaben zum Unfall

Unfallort (Straße, Ort)

Unfallzeit (Datum, Uhrzeit)

Sicht am Ort und zur Zeit des Unfalls (sonnig, bedeckt, klar, trüb, Nebel, Dämmerung, Nacht, Stadtbeleuchtung, Regen, Schneefall)

Straßenverhältnisse am Ort und zur Zeit des Unfalls (trocken, nass, feucht, Schnee, Matsch, Eis, Asphalt, Teer, Beton, Kopfsteinpflaster)

Andere am Unfall beteiligter Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen)

Andere am Unfall beteiligter Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen)

Andere am Unfall beteiligter Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen)

Unfallzeugen (Name, Anschrift, Telefon)

Unfallzeugen (Name, Anschrift, Telefon)

Unfallzeugen (Name, Anschrift, Telefon)

Polizeidienststelle

Aktenzeichen, Sachbearbeiter

Unfallskizze

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden		
Name des Verletzten	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort	Familienstand
Telefon	Telefax	Zahl und Alter der Kinder
Ausgeübter Beruf	Selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Monatliches Nettoeinkommen
Name des Arbeitgebers		Anschrift des Arbeitgebers
Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Von wem?		
Art und Umfang der Verletzungen		
Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich)		
Name und Anschrift des Krankenhauses		
Ambulant behandelnde Ärzte (Hausarzt usw.)		
Ist der Verletzte geschrieben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis (voraussichtlich)		
Krankenkasse des Verletzten		
Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/>		Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/>
Liegt ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zuständige Berufsgenossenschaft		
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei welcher Anstalt?		

Hinweis gem. § 33 BDSG: Daten werden elektronisch gespeichert

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift