

Unfallfragebogen

Anspruchsteller (Geschädigter)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Gegner (Schädiger)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Fahrer

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kfz-Kennzeichen:

versichert: _____

Police - Nr.: _____

Kfz-Kennzeichen (Gegner):

versichert: _____

Police - Nr.: _____

Unfallort: _____**Unfallzeit:** _____**Unfalltag:** _____**Unfallschilderung:**

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)?

Unfallzeugen:

Name und Anschrift:

Weitere, am Unfall beteiligte Personen:**Angaben zum beschädigten Fahrzeug:**

Fahrzeugart: _____ Typ: _____

Baujahr: _____ km-Stand: _____

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? _____ ja / neinBesteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja / nein

Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: Euro _____

Reparaturdauer: _____

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei: _____

Art und Umfang der Fahrzeugschäden:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bei Personenschäden zusätzlich angeben:

Name: _____ Ausgeübter Beruf: _____
Vorname: _____ selbständig? ja / nein
Straße: _____ monatliches Nettoeinkommen: € _____
PLZ, Ort: _____ Anschrift d. Arbeitgebers
Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____
Zahl der Kinder: _____ Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein

Krankenkasse (Name / Ort):

Hauskrank geschrieben

vom: _____ bis: _____

Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt

vom: _____ bis: _____

Anschrift des behandelnden Arztes:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Anschrift des Krankenhauses

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? ja / nein

zuständige Berufsgenossenschaft: _____

falls gesetzlich rentenversichert,

Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

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.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____