Unfallfragebogen für Anspruchsteller

Rechnungen und sonstige Belege nach Möglichkeit im Original beifügen.

1. Anspruchsteller (Mandant) Name: PLZ: Straße: Beruf: BLZ:	Ort: Telefon: KtoNr.:	
	Ort: Telefon: Policen-Nr.:	
Wenn eine andere Person als der Ha Name: PLZ: Straße:	Vorname: Ort:	
3. Unfallhergang Unfallort: Unfalltag: Genauer Unfallablauf mit Skizze (ggf.	Unfallzeit:	

Andere am Unfall Beteiligte (Name, Anschrift, Kfz-Kennzeichen, ggf. auf gesondertem Blatt):

Unfallzeugen (Name, Anschrift, ggf. auf gesondertem	Blatt):		
Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? J	**		
	,		
4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden Was wurde beschädigt:			
Art und Umfang der Beschädigung:			
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?			
Name:			
PLZ:			
Straße:			
Gehört sie zum Betriebsvermögen: Ja () Nein ()			
Vorsteuerabzugsberechtigt: Ja () Nein ()			
Anschaffungsdatum:	Preis:		
Wiederherstellungskosten: <u>Euro</u>	Reparaturdauer:	Tag(e)	
Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?_			
Hat jemand die Sache schon besichtigt? Ja () Nein			
Wer?			
5. Bei beschädigtem Kfz zusätzlich zu beantworte			
Erstzulassung:	Kilometerstand: Kilometerstand: Anzahl Vorbesitzer:		
Bei welcher Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter Unfalls versichert?			
Haftpflicht-Vers.:		Nr.:	
Vollkasko-Vers.: Se			
Teilkasko-Vers.: Se	elbstbeteiligung €:	Nr.:	
Rechtsschutz-Vers.:		Nr.:	

6. Bei Ansprüchen wegen Personens	schäden	
Angaben zum Verletzten		
Name:	Vorname:	
PLZ:	Ort:	
Straße:	Telefon:	
Geburtsdatum:	Familienstand:	
Zahl und Alter der Kinder:		
Ausgeübter Beruf:		
Selbstständig: Ja () Nein ()	Monatliches Nettoeinkommen:	
Firma/Name des Arbeitgebers:	Tel.:	
Anschrift des Arbeitgebers:		
Bezieht der Verletzte unabhängig von d	diesem Unfall eine Rente? Ja () Nein ()	
Von wem:	Höhe monatlich:	
7. Angaben zu den Verletzungen Art/Umfang: Sicherheitsgurt angelegt? Ja () Nein	()	
	bis (voraussichtlich):	
Name und Anschrift des Krankennause	PS:	
Ambulant babandalada Äreta (ggf. auf.	Tel.:	
	gesondertem Blatt):	
Ist der Verletzte hauskrank geschrieber	Tel.:	
	raussichtlich):	
	etzte an?	
	h der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja() Nein()	
Welche Berufsgenossenschaft ist zustä	, ., .,	
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversic		
	peteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht: Ja()Nein()	
Vorstehende Angeben habe ich noc	ch hestem Gewissen gemacht	
Vorstehende Angaben habe ich nac Ort/Datum:	•	