

# Unfallfragebogen

## 1. Allgemeines

### Anspruchsteller

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Beruf

### Bankverbindung

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

BIC

### Rechtsschutzversicherung

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.

\_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_

Schadenummer

### Unfallgegner (Schadensverursacher)

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung

\_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen

\_\_\_\_\_

Fahrer (wenn nicht Halter)



**Andere Unfallbeteiligte (1)**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

Hausnummer

\_\_\_\_\_

Fahrzeug

Kennzeichen

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

Ort

**Andere Unfallbeteiligte (2)**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

Hausnummer

\_\_\_\_\_

Fahrzeug

Kennzeichen

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

Ort

**Unfallzeugen (1)**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

Ort

**Unfallzeugen (1)**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

Ort

**Unfallaufnahme durch**

\_\_\_\_\_

Polizei-Dienststelle

\_\_\_\_\_

Straße

Hausnummer

\_\_\_\_\_

Tagebuch-Nummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

Ort

### 3. Angaben zum Schaden

#### Angaben zum beschädigten Fahrzeug

---

Eigentümer (Wenn nicht Anspruchsteller)

---

Straße Hausnummer

Ist das Fahrzeug geleast?

Ja  Nein

---

Postleitzahl Ort

Ist das Fahrzeug finanziert?

Ja  Nein

Vorsteuerabzugsberechtigt:

Ja  Nein

Ist das Fahrzeug sicherungsübereignet?

Ja  Nein

Vollkaskoversicherung:

Ja  Nein

---

Wenn ja: Bei welchem Leasing- bzw. Kreditgeber

#### Angaben zum beschädigten Fahrzeug

---

Voraussichtliche Schadenshöhe:

---

Anzahl der Nutzungsausfalltage

---

Fahrzeughersteller

---

Fahrzeugtyp

---

Baujahr

---

Kilometerstand

---

Amtliches Kennzeichen

---

Anzahl der Vorbesitzer

---

Haftpflichtversichert bei

---

Versicherungsnummer

---

Schadenummer

\_\_\_\_\_  
Name der Reparaturwerkstatt

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Name der Gutachters

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Bestanden Vorschäden?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? (max. 500 Zeichen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zusätzlich evtl. bereits angefallene Schadensersatzansprüche**

\_\_\_\_\_  
Gutachterkosten (€)

\_\_\_\_\_  
Abschleppkosten (€)

\_\_\_\_\_  
Mietwagenkosten (€)

Wir bitten um Überlassung der entsprechenden Rechnungen!

#### 4. Angaben zum Personenschaden des Anspruchstellers

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Anzahl der Kinder

Wohnhaus

Wohnung

\_\_\_\_\_  
Größe in m<sup>2</sup>

Erlittene Verletzungen (max: 300 Zeichen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses

Von \_\_\_\_\_

Bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

#### Ambulant behandelnde Ärzte (1)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

#### Ambulant behandelnde Ärzte (2)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Sollten Sie bei weiteren Ärzten ambulant in Behandlung sein, bitten wir ebenso um deren Bekanntgabe auf einem gesonderten Blatt, welches Sie dem Fragebogen bitte beifügen.

Krankschreibungen

Von \_\_\_\_\_

Bis \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_

Bis \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_

Bis \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_

Bis \_\_\_\_\_

## 5. Bei Berufswegeunfall

\_\_\_\_\_  
Name der Berufsgenossenschaft

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

## 6. Wünschen Sie einen Besprechungstermin

Ja

Nein

Wenn ja

In unseren Kanzleiräumen

Telefonisch