

# Unfallfragebogen für Anspruchsteller

---

## 1. Anspruchsteller (Mandant)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Institut: \_\_\_\_\_

---

## 2. Bei beschädigtem Kfz zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_ Fabrikart: \_\_\_\_\_

Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Kilometerstand: \_\_\_\_\_

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Anzahl Vorbesitzer: \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Police-Nummer war das Kfz zum Zeitpunkt des Unfalls versichert?

Haftpflicht-Vers.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Vers.: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Vers.: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-Vers.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

---

## 3. Versicherungsnehmer (Gegner)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_

Wenn Kfz-Unfall, Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug: \_\_\_\_\_

Wenn eine andere Person als der Halter das Kfz gesteuert hat:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

---

#### 4. Unfallhergang

Unfallort: \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ 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: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Dienststelle: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

---

Genauer Unfallablauf mit Skizze (ggf. auf gesondertem Blatt):

---

## 5. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Gehört sie zum Betriebsvermögen: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Anschaffungsdatum: \_\_\_\_\_ Preis: \_\_\_\_\_

Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_ Reparaturdauer: \_\_\_\_\_

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat jemand die Sache schon besichtigt: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Wer? \_\_\_\_\_

Frühere Schäden; Anzahl und Umfang: \_\_\_\_\_

---

## 6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

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 diesem Unfall eine Rente? Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Von wem: \_\_\_\_\_ Höhe monatlich: \_\_\_\_\_

---

## 7. Angaben zu den Verletzten

Art/Umfang: \_\_\_\_\_

Sicherheitsgurt angelegt: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte (ggf. auf gesondertem Blatt): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis( voraussichtlich): \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?

Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

Ich befreie die an der Heilbehandlung beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht:

Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_