

Unfallfragebogen

Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV und dem Deutschen Anwaltverein getroffenen Vereinbarung. Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen!

Aktenzeichen des Versicherers:
Aktenzeichen des Anspruchstellers:

1.1 Name des Anspruchstellers: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

1.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

1.3 Konto-Nr.: _____ bei: _____

BLZ: _____ Kontoinhaber: _____

1.4 Fahrer: _____

2.1 Name des Versicherungsnehmers: _____

2.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

2.3 Versichert bei: _____ **2.4** Policen-Nr.: _____

2.5 Amtliches Kennzeichen: _____ **2.6** Name des Fahrers: _____

2.7 Anschrift des Fahrers: _____ Tel.: _____

3.1 Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt):

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs): _____

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____

4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

4.1 Was wurde beschädigt? _____

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber? _____

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.): _____

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____
Tel.: _____

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Art: _____ Hersteller: _____

Typ: _____ Fzg.Identnr.: _____

Hubraum: _____ kW: _____

Amtl. Kennz.: _____ Erstzulassung: _____ Km-Stand: _____

5.2 Durch welche Gesellschaft (Geschäftstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert? _____

Haftpflichtversicherung: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung EUR: _____ Nr.: _____

Teilkasko-Versicherung: _____ Selbstbeteiligung EUR: _____ Nr.: _____

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: _____ Nr.: _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort / Datum

Unterschrift

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

6.1 Name des Verletzten: _____

6.2 Anschrift: _____ Tel.: _____

6.3 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

6.4 Ausgeübter Beruf: _____

selbständig: ja nein Monatl. Nettoeinkommen: EUR _____

6.5 Name des Arbeitgebers: _____

6.6 Anschrift (PLZ): _____ Tel.: _____

6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja nein

Von wem: _____ monatlich: _____

7.1 Art und Umfang der Verletzung: _____

7.2 Sicherheitsgurt angelegt?: ja nein

7.3 Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses: _____ Tel.: _____

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte: _____

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja nein vom: _____ bis (voraussichtlich): _____

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?: _____

7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit: ja nein

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?: _____

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?: ja nein

7.11 Bei welcher Anstalt?: _____

Zur Beurteilung des von mir gemachten Schadenersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ja Nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort / Datum / Unterschrift