

Unfallfragebogen für Anspruchsteller (Auf Basis des HUK-Unfallfragebogens)

Kanzlei AZ: _____
In Sachen: _____
Kanzlei Sachb.: _____
(Wird ggf. von unserer Kanzlei ausgefüllt)

Rechnungen und sonstige Belege nach Möglichkeit im Original beifügen.

1. Anspruchsteller (Mandant)

Name: _____ Vorname: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____ Telefon: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____
IBAN: _____ Institut: _____

2. Versicherungsnehmer (Gegner)

Name: _____ Vorname: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____ Telefon: _____
Versichert bei: _____ Policen-Nr.: _____
Wenn Kfz-Unfall, Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug: _____
Wenn eine andere Person als der Halter das Kfz gesteuert hat
Name: _____ Vorname: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____ Telefon: _____

3. Unfallhergang

Unfallort: _____
Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

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

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:

4. 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: Euro Reparaturdauer: Tag(e)

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

--

Hat jemand die Sache schon besichtigt? Ja () Nein ()

Wer?

--

Frühere Schäden; Anzahl und Umfang:

5. Bei beschädigtem Kfz zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugtyp: Fabrikat:

Erstzulassung: km-Stand:

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.: Nr.:

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Angaben zum Verletzten

Name: Vorname:

PLZ: Ort:

Straße: Telefon:

Geburtsdatum: Familienstand:

Zahl und Alter der Kinder:

Selbstständig: Ja () Nein () Monatliches Nettoeinkommen:

Firma/Name des Arbeitgebers:

Anschrift des Arbeitgebers:

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja () Nein ()

Von wem: Höhe monatlich:

7. Angaben zu den Verletzungen

Art/Umfang:

Sicherheitsgurt angelegt? Ja () Nein ()

Krankenhausaufenthalt von: bis (voraussichtlich):

Name und Anschrift des Krankenhauses:

Ambulant behandelnde Ärzte (ggf. auf gesondertem Blatt):

Ist der Verletzte krank 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: _____