

# Fragebogen in Verkehrsunfallsachen

Aktenzeichen der Versicherung:

Aktenzeichen (vom Anwalt ausfüllen):

## 1. Geschädigter

1.1 Name: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

1.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

1.3. Email \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Ich wünsche möglichst ausschließliche Korrespondenz per Mail?  Ja /  Nein

1.4 Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

1.5  Fahrer  Beifahrer  Insasse

## 2. Gegner

2.1 Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

2.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

2.3 Versichert bei: \_\_\_\_\_ 2.4 VersicherungsscheinNr.: \_\_\_\_\_

2.4 Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ 2.6 Name des Fahrers: \_\_\_\_\_

2.7 Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## 3. Unfallgeschehen

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, amtl.Kz. des Fahrzeugs): \_\_\_\_\_

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen: \_\_\_\_\_

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? \_\_\_\_\_

Aktenzeichen/Tagebuchnummer \_\_\_\_\_

## 4. SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_

4.2 Eigentümer der besch. Sache, **Leasinggeber**: \_\_\_\_\_

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? (erhalten Sie die Mwst zurück?) Ja  Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechn.):

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_

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

## 5. Sachschaden bei KRAFTFAHRZEUGEN

5.1  PKW  LKW  Motorrad Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Fzg. Identnr.: \_\_\_\_\_ Hubraum: \_\_\_\_\_ kW: \_\_\_\_\_

Amtl. Kz: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_

5.2 Durch welche Gesellschaft und unter welcher VersicherungsscheinNr. war das KFZ zur Zeit des Unfalls versichert? \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Vollkasko: \_\_\_\_\_ SB EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko: \_\_\_\_\_ SB EUR: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz- / Verkehrsservice-Versicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SB EUR \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 6. PERSONENSCHÄDEN

6.1 Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

6.2 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

6.3 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter d. Kinder \_\_\_\_\_

6.4 Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig: Ja  Nein  monatl. Nettoeink. EUR: \_\_\_\_\_

6.5 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

6.6 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig vom Unfall eine Rente? Ja  Nein  von wem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ monatl. EUR: \_\_\_\_\_

7.1 Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja  Nein

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

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

7.5 Name und Anschrift Ambulant behandelnder

Ärzte: \_\_\_\_\_

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja  Nein  vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

7.8 Liegt ein 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 geltend gemachten Schadensersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe.

**Zu diesem Zwecke 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