

Unfallfragebogen für Anspruchsteller

(Auf Basis des HUK-Unfallfragebogens)

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

Per Fax oder Datei bitte an: Rechtsanwälte Weigand & Keller, Holzweg 16, 61440 Oberursel

Fax 06171 580 558 oder Mail: weigand@anwalt-oberursel.de

Rechnungen und sonstige Belege nach Möglichkeit beifügen.

1. Anspruchsteller (Mandant)

Name: _____ Vorname: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
Beruf: _____ Kto.-Nr.: _____
BLZ: _____ 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: _____ 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.: _____

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 Verletzungen

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: _____