U n f a l l f r a g e b o g e n

Anspruchsteller (Geschädigter) Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort: Konto - Nr.: BLZ: Bank:	**Gegner (Schädiger)** Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:
Fahrer: Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:	**Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:** Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:
Kfz-Kennzeichen: versichert bei: Police - Nr.: Vollkasko: ( ) ja ( ) nein SB Teilkasko: ( ) ja ( ) nein SB	**Kfz-Kennzeichen (Gegner)**: versichert bei: Police - Nr.:
Unfallort: **Unfalltag**: **Unfallzeit**:	
Unfallschilderung:	
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)? Unfallzeugen: Name und Anschrift: Weitere, am Unfall beteiligte Personen:	
Angaben zum beschädigten Fahrzeug: Fahrzeugart: Typ: Baujahr: km-Stand: Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja / nein Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja / nein Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: EUR Reparaturdauer: Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:	
Art und Umfang der Fahrzeugschäden:	

Datum: Unterschrift:

(Fortsetzung Seite 2)

Bei Personenschäden zusätzlich angeben:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Zahl der Kinder:

Krankenkasse (Name / Ort):

Hauskrank geschrieben vom: bis:

Anschrift des behandelnden Arztes:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Ausgeübter Beruf:

selbständig? ja/ nein

monatliches Nettoeinkommen: EUR

Anschrift d. Arbeitgebers:

Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein

Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt vom: bis:

Anschrift des Krankenhauses:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? ja / nein

zuständige Berufsgenossenschaft:

falls gesetzlich rentenversichert, Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Rentenversicherungsnummer:

Datum: Unterschrift:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des obigen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Datum:

Unterschrift: