

Unfallfragebogen für Anspruchsteller (Auf Basis des HUK-Unfallfragebogens)

Kanzlei AZ:	_____
In Sachen:	_____
Kanzlei Sachb.: Jürgen Scholl	_____
(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: _____ 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: _____

Wurde bereits ein Gutachten in Auftrag gegeben ?

ja, wo _____ nein

4. Versicherungen

Haftpflicht-Vers.: _____ Nr.: _____
Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____
Teilkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____
Rechtsschutz-Vers.: _____ Nr.: _____

5. 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: _____

6. 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: _____