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.:	**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: € vorauss. Reparaturdauer: Tage Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:	
Art und Umfang der Fahrzeugschäden:	
Datum: Unterschrift:	

Die zur Sachbearbeitung erforderlichen Personenbezogenen Daten werden gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gespeichert, verarbeitet und nach Ablauf gesetzlicher Fristvorgaben gelöscht beziehungsweise vernichtet.

Bei Personenschäden zusätzlich angeben:

Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort: Geburtsdatum: Familienstand: Zahl der Kinder: Krankenkasse (Name / Ort):	Ausgeübter Beruf: selbständig? ja/ nein monatliches Nettoeinkommen: € Anschrift d. Arbeitgebers: Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein Art und Umfang der Verletzung:
Hauskrank geschrieben vom: bis: Anschrift des behandelnden Arztes: Name: Straße: PLZ, Ort:	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:

Die zur Sachbearbeitung erforderlichen Personenbezogenen Daten werden gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gespeichert, verarbeitet und nach Ablauf gesetzlicher Fristvorgaben gelöscht beziehungsweise vernichtet.