

K3S Rechtsanwälte Straub, Staufer, Schwemmler, Weller, Bauer PartGmbH

Rechtsanwalt/Rechtsanwältin _____

Bonländer Hauptstraße 72
70794 Filderstadt

per Telefax: 0711/77393-77

Unfallfragebogen

| | | |
|----------|------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Anspruchsteller | |
| 1.1 | Name Anspruchsteller: | Berufliche Tätigkeit: |
| 1.2 | Strasse: | Postleitzahl / Ort: |
| | Telefon: | |
| 1.3 | Kontonummer: | Bankleitzahl: |
| | Bank: | |
| 1.4 | Name des Fahrers: | |
| 2 | Anspruchsgegner (Schädiger) | |
| 2.1 | Name des Anspruchsgegners: | |
| 2.2 | Strasse: | Postleitzahl / Ort: |
| | Telefon: | |
| 2.3 | Versichert bei: | |
| 2.4 | Police-Nr.: | |
| 2.5 | Amtliches Kennzeichen: | |
| 2.6 | Name des Fahrers: | |
| 2.7 | Strasse: | Postleitzahl / Ort: |
| | Telefon: | |
| 3 | Angaben zum Unfallgeschehen | |
| 3.1 | Unfallort / Strasse: | |
| | Unfalltag: | Unfallzeit: |

| | | | |
|----------|--|---------------------|---------------------|
| 3.2 | Genauere Unfallschilderung / Skizze (ggf. Anlage): | | |
| 3.3 | Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: | | |
| | Name: | Strasse: | |
| | Telefon: | Postleitzahl / Ort: | |
| | Amtliches Kennzeichen: | | |
| 3.4 | Unfallzeugen: | | |
| | Name Zeuge 1: | Strasse: | |
| | Telefon: | Postleitzahl / Ort: | |
| | Weitere Zeugen: | | |
| 3.5 | Unfallaufnehmende Polizeidienststelle: | | Strasse: |
| | Aktenzeichen: | | Postleitzahl / Ort: |
| 4 | Bei Ansprüchen aus Sachschäden | | |
| 4.1 | Was wurde beschädigt? | | |
| 4.2 | Eigentümer der beschädigten Sache: | | |
| 4.3 | Gehört die Sache zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Vorsteuerabzugsberechtigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| 4.4 | Art und Umfang der Beschädigung: | | |
| 4.5 | Wann und zu welchem Preis ist die Sache Angeschafft worden? | Datum: | EUR |
| 4.6 | Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten? | | EUR |
| 4.7 | Voraussichtliche Reperaturdauer? | Tage | |
| 4.8 | Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: | | Telefon: |
| 4.9 | Hat eine Besichtigung stattgefunden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

| | | |
|---|--|--|
| | Wenn ja: Durch wen? | |
| 4.10 | Frühere Schäden (Wieviele / Umfang)? | |
| 5 Zusätzliche Angaben bei beschädigten PKW | | |
| 5.1 | Fahrzeugart: | Fabrikat: Typ, Baujahr: |
| | KM-Stand: | PS-Zahl: Hubraum: |
| | Amtliches Kennzeichen: | |
| 5.2 | Anzahl der Vorbesitzer: | |
| 5.3 | Wie war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?: | <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Haftpflicht |
| | Wenn Kasko: Höhe der Selbstbeteiligung?: EUR | |
| | Wo war Ihr Fahrzeug versichert?: | Police-Nr.: |
| | Rechtsschutzversicherung: | Wenn ja, Police-Nr.: |
| 5.4 | Leasing-Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja: Leasing-Bank: | |
| 6 Bei Personenschäden | | |
| 6.1 | Name des Verletzten: | Strasse: |
| | Telefon: | Postleitzahl / Ort: |
| 6.2 | Geburtsdatum: | Familienstand: Zahl und Alter der Kinder: |
| 6.3 | Ausgeübter Beruf: | selbständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Monatliches Nettoeinkommen (Bescheinigungen beifügen): EUR | |
| 6.4 | Name des Arbeitgebers: | Straße: |
| | Telefon: | Postleitzahl/Ort: |
| 6.5 | Unfallunabhängiger Rentenbezug: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 6.6 | Art und Umfang der Verletzungen: | |
| 6.7 | Krankenhausaufenthalt von: | bis (voraussichtlich): |
| | Name des Krankenhauses: | Strasse: |
| | Telefon: | Postleitzahl / Ort: |

| | | | | |
|------|---|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 6.8 | Hauskrank geschrieben von: | bis (voraussichtlich): | | |
| | Name des Arztes | Strasse: | | |
| | Telefon: | Postleitzahl / Ort: | | |
| 6.9 | Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| | Zuständige Berufsgenossenschaft: | | | |
| | Gesetzliche Rentenversicherung: | | Rentenanstalt: | |
| 6.10 | Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht: | | | |
| | Ich <u>bin nicht</u> damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte der gegnerischen Versicherung Gutachten und Auskünfte erteilen. Die in diesem Fragebogen preisgegebenen Daten dürfen nur für die Schadensabwicklung verwendet werden. Nur Namen, Anschriften und evtl. vorhandene Aktenzeichen zur Korrespondenzführung sowie die Kontonummern zur Regulierung dürfen gespeichert werden (§ 2 Abs. 2 Ziff. 1 BDatSchG). | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| | Ort / Datum | | Unterschrift des Anspruchstellers | Unterschrift der / des Verletzten |
| | | | | |

Anhang zu 3.2

Schilderung des Unfallhergangs:

Skizze: