

**FRAGEBOGEN für UNFALLGESCHÄDIGTE**

Die für die Schadenbearbeitung benötigten Daten werden gespeichert.

*- Daten zum Mandanten/Kunden -*

Name		Tel. privat	
Vorname		Tel. dienstl.	
Straße		Mobilfunk	
PLZ Wohnort		E-Mail	

Rechtsschutzversicherung	SB: €	Versicherungs-/Schaden-Nr.
Versicherungsnehmer	Beziehung zum Mandanten	

Bank	IBAN
------	------

amtl. Kennzeichen	Fahrzeug
Haftpflichtversicherung	Vollkasko JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> SB:

Bemerkungen
-------------

**FRAGEBOGEN für UNFALLGESCHÄDIGTE**

*- Daten zum Unfallgegner -*

<b>amtl. Kennzeichen</b>	<b>Fahrzeug</b>
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<b>Versicherungs-/Schaden-Nr.</b>
<b>Fahrer</b> (Name, Vorname, Anschrift)	
<b>Versicherungsnehmer/Halter</b> (Name, Vorname, Anschrift – soweit bekannt)	

*- Daten zum Unfallhergang -*

<b>Unfall: Datum, Zeit</b>	<b>Ort, Straße</b>
<b>Polizei-Dienststelle</b>	<b>Vorgangs-Nr. Polizei</b>
<b>Unfallhergang</b> (Verwenden Sie ggf. ein separates Blatt.)	

**Unfallskizze** (Verwenden Sie ggf. ein separates Blatt.)

<b>Zeugen</b> (Name, Vorname, Anschrift)
1.
2.

**- Bei beschädigtem Kfz beantworten -**

<b>amtl. Kennzeichen</b>		<b>Fahrzeug</b>	
<b>Fahrer des Fahrzeuges</b>			
<b>Gehört Kfz zum Betriebsvermögen?</b>		<b>Vorsteuerabzugsberechtigt?</b>	
JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
<b>Leasing?</b> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		<b>Finanzierung?</b> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
<b>Kaskoversicherung</b>		<b>SB: €</b>	<b>Versicherungs-/Schaden-Nr.</b>

**- Bei Ansprüchen wegen Personenschäden beantworten -**

<b>Name des/der Verletzten (Name, Vorname)</b>		<b>Tel.</b>
<b>Anschrift</b>		<b>Geb.</b>
<b>Art/Umfang der Verletzungen</b>		
<b>Krankenhausaufenthalt</b>		<b>Name des Krankenhauses</b>
Vom	bis	
<b>Ambulant behandelnde Ärzte (genaue Anschrift mit PLZ)</b>		
1.		
2.		
3.		
<b>Ist der Verletzte krankgeschrieben?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> vom	bis
<b>Krankenkasse des Verletzten</b>		
<b>Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Weg von oder zur Arbeit?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> zuständige Berufsgenossenschaft:	
<b>Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> bei:	
<b>Weitere Verletzte?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> Anschrift:	