

# Unfallfragebogen für Anspruchsteller

(Auf Basis des HUK-Unfallfragebogens)

Kanzlei AZ: \_\_\_\_\_  
In Sachen: \_\_\_\_\_  
Kanzlei Sachb.: \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_

---

#### 4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Gehört sie zum Betriebsvermögen: Ja  Nein  Vorsteuerabzugsberechtigt: Ja  Nein

Anschaffungsdatum: \_\_\_\_\_ Preis: \_\_\_\_\_

Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_ Euro Reparaturdauer: \_\_\_\_\_ Tag(e)

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat jemand die Sache schon besichtigt? Ja  Nein

Wer? \_\_\_\_\_

Frühere Schäden; Anzahl und Umfang: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

#### 5. Bei beschädigtem Kfz zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_

Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Kilometerstand: \_\_\_\_\_

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Anzahl Vorbesitzer: \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Police-Nummer war das Kfz zum Zeitpunkt des Unfalls versichert?

Haftpflicht-Vers.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Vollkasko-Vers.: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkasko-Vers.: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutz-Vers.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

## 6. 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: \_\_\_\_\_

## 7. 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: \_\_\_\_\_