

## Unfallfragebogen für Mandanten der Kanzlei Dr. Jung & O'Hara-Jung

### PERSÖNLICHE ANGABEN:

- 1.1. Name des Geschädigten: \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
1.2. Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
1.3. Fahrer: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM GEGNER:

- 2.1. Name des Anspruchgegners (Schädiger): \_\_\_\_\_  
2.2. Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
2.3. Versichert bei: \_\_\_\_\_ Policen-Nr.: \_\_\_\_\_  
2.4. Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_  
2.5. Name des Fahrers: \_\_\_\_\_  
2.6. Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM UNFALL:

- 3.1. Unfallort: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_  
3.2. Genaue Unfallschilderung mit Skizze (auf einem gesonderten Blatt oder Seite 2):

- 3.3. Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs):

3.4. Name und Anschrift der Unfallzeugen: \_\_\_\_\_

3.5. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? \_\_\_\_\_

### 4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

- 4.1. Was wurde beschädigt? \_\_\_\_\_  
4.2. Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber? \_\_\_\_\_  
4.3. Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein   
4.4. Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung pp.) \_\_\_\_\_  
4.5. Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### 5. BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN:

- 5.1. Typ: \_\_\_\_\_ Erstzulassung: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_  
Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_ F-Ident.-Nr.: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_  
5.2. Durch welche Gesellschaft (Geschäftstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Unfallzeit versichert?  
Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_  
Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Teilkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung €: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN:

6.1. Name und Anschrift des Verletzten: \_\_\_\_\_

6.2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

6.3. Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig: Ja  Nein  Monatl. Nettoeinkommen €: \_\_\_\_\_

6.4. Name und Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

6.5. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja  Nein  Von wem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ monatl. €: \_\_\_\_\_

7.1. Art und Umfang der Verletzung: \_\_\_\_\_

7.2. Sicherheitsgurt angelegt? Ja  Nein

7.3. Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

7.4. Name und Anschrift des Krankenhauses und des dort behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

7.5. Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

7.6. Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja  Nein  vom: \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich): \_\_\_\_\_

7.7. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

7.8. Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? Ja  Nein

7.9. Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

7.10. Ist der Verletzte rentenversichert? Ja  Nein

7.11. Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und  
Auskünfte erteilen: Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

Skizze Unfallschilderung: