



## Unfallfragebogen

<b>Anspruchsteller (Geschädigter)</b> Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort: Konto - Nr.:            BLZ: Bank:	<b>Gegner (Schädiger)</b> Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:
<b>Fahrer:</b> Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:	<b>Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:</b> Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:
<b>Kfz-Kennzeichen:</b> versichert bei: Police - Nr.:	<b>Kfz-Kennzeichen (Gegner):</b> versichert bei: Police - Nr.:
<b>Unfallort:</b> <b>Unfalltag:</b> <b>Unfallzeit:</b>	
<b>Unfallschilderung:</b>          	
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (TgbNr; Name des Polizeibeamten)?  Unfallzeugen: Name und Anschrift:  Weitere, am Unfall beteiligte Personen:	
<b>Angaben zum beschädigten Fahrzeug:</b> Fahrzeugart:                      Typ:                                      Baujahr:                      km-Stand: Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja / nein                      Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja / nein Besteht für das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung (falls ja, bei welcher Versicherung)? Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:	

Art und Umfang der Fahrzeugschäden (soweit nicht auf ein Sachverständigengutachten verwiesen wird):	
Datum:	Unterschrift:
<b>Bei Personenschäden zusätzlich angeben:</b>	
Name:	Ausgeübter Beruf:
Vorname:	selbständig? ja/ nein
Straße:	monatliches Nettoeinkommen: €
PLZ, Ort:	Anschrift d. Arbeitgebers:
Geburtsdatum:	Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein
Familienstand:	Art und Umfang der Verletzung:
Zahl der Kinder:	
Krankenkasse (Name / Ort):	
Hauskrank geschrieben vom:            bis:	Krankenhausaufenthalt vom:            bis:
Anschrift des behandelnden Arztes:	Anschrift des Krankenhauses:
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? ja / nein	
zuständige Berufsgenossenschaft:	
Datum:	Unterschrift:
<b>Schweigepflichtentbindungserklärung</b>	
<p>Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des obigen Unfalls / Vorfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt Czaikowski gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.</p>	
Datum:	
Unterschrift:	