

Fragebogen für Anspruchsteller

Verkehrsunfall Sach- und Personenschaden

Unfallaufnahme durch Polizei:	JA ¹ () NEIN ()
Polizeidienststelle:	
Unfalldatum und -zeit:	
Unfallort (Gemeinde, Straße):	

Mandant/in (Eigentümer/in des beschädigten Fahrzeugs):

Name:	
Vorname:	
Geboren am:²	
Familienstand:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Handy:	
Mail:	
Beruf^{3,4}	Nettoeinkommen:
Arbeitgeber:	
Vorsteuerabzug (J/N):	
Fahrer (J/N):⁵	
Bankverbindung: Bankinstitut: BLZ: Kontonummer:	
Rechtsschutz: Gesellschaft: Selbstbeteiligung: Versicherungs-Nr.:	

¹ Wenn „JA“, dann bitte die ausgehändigte Unfallmeldung der Polizei zusenden, wenn „NEIN“, dann weitere Angaben machen

² Nur ausfüllen, wenn der Halter bzw. Fahrer bei dem Unfall selbst verletzt wurde, sonst nur bei Angaben zum Verletzten

³ Zum Unfallzeitpunkt ausgeübter Beruf

⁴ Angaben zum Beruf, Einkommen und Arbeitgeber hier nur, wenn Halter bzw. Fahrer selbst verletzt wurden, sonst unten

⁵ JA, wenn der Halter zugleich auch der Fahrer war, sonst NEIN und den Fahrer gesondert angeben

Unfallgegner/in:

Name Halter(in): (gegnerisches Fahrzeug)	
Vorname:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	

Name Fahrer(in):⁶	
Vorname Fahrer(in):	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	

Fahrzeugart:		Fabrikat:		Kennzeichen:	
---------------------	--	------------------	--	---------------------	--

Versichert bei:	
Policen-Nr.:	
Aktenzeichen Versicherer:	

Kurze Unfallschilderung:

Bei Kfz-Schaden:⁷

Fahrzeugart:		Baujahr:		Km-Stand:	
Fahrzeugtyp:		Kennzeichen:			
Kaufpreis:		Kaufdatum:		Zahl Vorbesitzer:	

⁶ Nur, wenn Halter und Fahrer nicht identisch sind

⁷ Nur ausfüllen, wenn noch kein Sachverständiger eingeschaltet worden ist

Verletzte(r):⁸

Name: ⁹	
Vorname:	
Geboren am:	
Familienstand:	

Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Handy:	
Mail:	

Beruf ¹⁰ :		Nettoeinkommen:	
Vorsteuerabzug (J/N):			
Arbeitgeber:			
<u>Bankverbindung:</u> ¹¹ <i>Bankinstitut:</i> <i>BLZ:</i> <i>Kontonummer:</i>			
<u>Rechtsschutz:</u> <i>Gesellschaft:</i> <i>Anschrift:</i> <i>Selbstbeteiligung:</i> <i>Versicherungs-Nr.:</i>			

Angaben zum Haushalt:¹²

Wohnfläche: (qm)		Garten: (qm)		Anzahl Personen im Haushalt:	
Ehepartner/in berufstätig?		Anzahl unterhalts- pflichtiger Kinder		Alter der Kinder	

⁸ Bei mehreren Verletzten die folgenden Angaben bitte für jeden Verletzten gesondert ausfüllen

⁹ Ausfüllen, wenn die Daten des/der Mandant/en/in oben nicht gleichzeitig auch die des/der Verletzten sind

¹⁰ Zum Unfallzeitpunkt ausgeübter Beruf

¹¹ Ausfüllen, wenn diese Daten für den Verletzten von den oben angegebenen abweichen

¹² Diese Angaben muss auch der verletzte Halter bzw. Fahrer ausfüllen

Art und Umfang der Verletzungen (Kurzangabe):¹³

--

Krankenhausaufenthalt (J/N):		von:		bis:	
Krankenhaus (Name):					
PLZ, Ort:					

Ambulant behandelnde Ärzte:¹⁴

Name:					
Straße, Haus-Nr.:					
PLZ, Ort:					
Hauskrank geschrieben (J/N):		von:		bis:	

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht reichen, fügen Sie bitte eine eigene Seite an.
 Damit wir Sie vertreten können, benötigen wir eine von Ihnen unterschriebene Prozessvollmacht, die Sie sich auch auf unserer Internetseite unter „Formulare“ ausdrucken können.
 Sind Sie beim Unfall verletzt worden, benötigen wir zusätzlich eine von Ihnen unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung, die Sie ebenfalls auf unserer Internetseite (www.ra-hh.de) finden.
 Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse angegeben haben, legen wir für Sie eine verschlüsselte Internetakte an, wenn Sie nicht widersprechen. Für diese Akte erhalten Sie von uns einen Zugangscode, mit dem nur Sie auf Ihre Akte zugreifen und den aktuellen Bearbeitungsstand verfolgen können. Weitere Einzelheiten zu der Internetakte finden Sie auf unserer Internetseite.

Mit der Anlage einer Internetakte bin ich einverstanden:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Bein un- oder teilverschuldeten Unfällen werden die anfallenden Rechtsanwaltsgebühren von der gegnerischen Versicherung erstattet, so dass für Sie grundsätzlich keine Kosten entstehen. Maßnahmen, durch die Ihnen Kosten entstehen könnten, werden nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung eingeleitet.

 (Unterschrift)

 (Datum)

¹³ Wenn ein Attest vorhanden ist, bitte beifügen
¹⁴ Bei mehreren Ärzten bitte Beiblatt beifügen