Anlage Unfallfragebogen



- Hinweise: Bitte keine Rechnungen einreichen. Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben. - Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
eMail-Adresse (An	gabe freiwillig)
Dienst- / Wohnans	chrift
Personalkennze	eichen
Datum	
(TT.MM.JJJJ)	
	eMail-Adresse (An Dienst- / Wohnans Personalkennze

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Verunfallte Person:		
Name,	, Vorname	Geburtsdatum
1. Unfalltag		
Datum (TT.MM.JJJJ)	Unfallort:	
Diagnose:		
2. Unfallart		
Unfall im privaten Bereich anderes schädigendes Ereigr	nis	 mit Schadensersatzanspruch ohne Schadensersatzanspruch * *(keine weiteren Angaben notwendig)
Dienst-/Arbeitsunfall Kita/Schulunfall Sportunfall		Angezeigt: Ja Nein Anerkannt: Ja Nein Entscheidung steht noch aus Bitte Anerkennungs- bzw. Ablehnungsbescheid beifügen.
3. Unfallschilderung		

Bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden

4. Name und Anschrift d	es Unfallverursachers	
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl Ort		
4a. Bei Kfz-Unfall: Name	e, Anschrift und Kfz-Kennzeichen des Halte	rs des Fahrzeuges
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl Ort		Kfz-Kennzeichen
4b. Sind Zeugen vorhand	den?	
Ja Nein		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl Ort		
5. Ist bereits ein Verfahre	en bei der Polizei, der Staatsanwaltschaft (oder dem Gericht anhängig?
Ja, Aktenzeichen:	Nein	
6. Anschrift des Ersatzpf	lichtigen oder dessen Haftpflichtversiche	rung
Firma, Versicherung	Versicherungsnummer	Schadensnummer
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl Ort		
7. Haben Sie Ihre Forder	ungen beim Unfallgegner bzw. dessen Ver	sicherung schriftlich gemeldet?
Ja Nein Wenn ja, bitte eine Kopie des Sch	reibens beifügen.	

Ja	Nein		
	enen Krankenversicherung	In welcher H	löhe?:
dem Unfallbeteiligten oder der Versicherung des Unfallbeteiligten der Dienstunfallfürsorge		Aktenzeichen:	
Sind die unf abgeschlos	allbedingten Behandlungen sen?	Ja	Nein
Haben Sie z Beihilfe bea	u allen Aufwendungen bereits eine ntragt?	Ja	Nein

Ich versichere	nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
Unterschrift	