

Bitte Belege, Verletzungs- und Behandlungsnachweise beifügen
(z.B. Kopie des ärztlichen Befund-/Behandlungsberichtes,
ggf. des Entlassungsberichtes des Krankenhauses) und
vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Ursula Albrecht
Rechtsanwältin
Pfarrstraße 43
30459 Hannover

Fax (+49-511) 66 26 90

Unfallanzeige

Rechtsschutz-Nummer (bitte stets angeben)
Rechtsschutzversicherung (mit Anschrift, falls bekannt)

1. Angaben zum Mandanten

1.1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)			Telefax

2. Angaben zu verletzten Personen


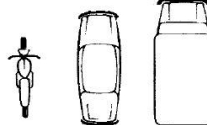
2.1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
2.2	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Berufstätigkeit	Arbeitgeber (mit Anschrift der Arbeitsstätte)	
2.3	Krankenversicherung besteht bei (bitte mit Anschrift und Versicherungsnummer)			
2.4	Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft etc.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs- oder Bearbeitungsnummer):			

3. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

3.1	Kraftfahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad/roller <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> sonstiges _____			
	Amtl. Kennzeichen:		Fahrgestell-Nr. (FIN)	
3.2	Fahrer (Name, Vorname):	Führerschein (Klasse):	Fahrerlaubnis entzogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.3	War die verletzte Person gem. Ziff. 2 dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
3.4	Fahrzeughalter (Name, Vorname):	Fahrzeugeigentümer (Name, Vorname):	Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug?	
3.5	Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit folgenden Versicherungsdaten:			

3.6	Namen und Anschriften aller Insassen:
-----	---------------------------------------

4. Fragen zum Unfall

4.1	Unfalldatum: _____ Uhrzeit: _____	Unfallort (ggf. mit Straße, Nr.)	nähere Beschreibung des Unfallortes (z.B. Büro, Werkstatt etc.)
4.2	Unfallhergang / Skizze (aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen):		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Mandant</p> <p>Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p>Unfallgegner</p> <p>Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  </div> </div>		
4.3	Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.4	Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte mit Namen, Anschrift und - soweit bekannt - Aktenzeichen angeben)		
4.5	Behördliche Unfallaufnahme (z.B. Polizei, Gewerbeaufsicht)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Behörde, Anschrift, Telefonnummer und Aktenzeichen angeben)		
4.6	Augenzeugen des Unfalles (bitte möglichst mit vollständiger Anschrift):		
4.7	Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art und Menge): _____ Blutprobenentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: _____ Promille		

5. Angaben zum Unfallgegner

5.1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
5.2	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Berufstätigkeit	Arbeitgeber (mit Anschrift der Arbeitsstätte)	
5.3	Krankenversicherung besteht bei (bitte mit Anschrift und Versicherungsnummer)			
5.4	Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft etc.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs- oder Bearbeitungsnummer):			

6. Angaben zum KFZ des Unfallgegners

6.1	Kraftfahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad/roller <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> sonstiges _____		
	Amtl. Kennzeichen:	Fahrgestell-Nr. (FIN)	
6.2	Fahrer (Name, Vorname):	Führerschein (Klasse):	Fahrerlaubnis entzogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.3	War die verletzte Person gem. Ziff. 2 dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
6.4	Fahrzeughalter (Name, Vorname):	Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug?	
6.5	Namen und Anschriften aller Insassen:		

7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

Kontonummer:	Bankleitzahl:	Geldinstitut:	Kontoinhaber:
--------------	---------------	---------------	---------------

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache und einreiche. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger sowie meinen Arbeitgeber von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer und gegenüber RAin Albrecht.

Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich für folgende die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann:

Name der Person(en): _____

Ort, Datum, Unterschrift des Mandanten

Datum, Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters