

Zusatzfragebogen Personenschäden

Bedauerlicherweise sind bei dem Unfallereignis auch Personen zu Schaden gekommen. Zur ordnungsgemäßen Bearbeitung bitten wir, die nachfolgenden Fragen - soweit Ihnen die erfragten Daten bekannt sind - zu beantworten.

Nähere Angaben über verletzte Personen (bei weiteren Personen bitte zusätzliches Blatt benutzen):

	1. Person				2. Person			
Name, Vorname								
Geburtsdatum/Alter								
Straße, Haus-Nr.								
PLZ, Wohnort								
Familienstand	led.	verh.	gesch.	verw.	led.	verh.	gesch.	verw.
Zahl und Alter der Kinder								
Beruf/Arbeitgeber								
Art der Verletzungen								
Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser								

	1. Person		2. Person	
	Fußgänger Motorradfahrer Fahrer bei Unfallgegner Insasse bei Unfallgegner	Radfahrer Fahrer bei Versicherungsnehmer Insasse bei Versicherungsnehmer sonstiges	Fußgänger Motorradfahrer Fahrer bei Unfallgegner Insasse bei Unfallgegner	Radfahrer Fahrer bei Versicherungsnehmer Insasse bei Versicherungsnehmer sonstiges
Wie nahm die verletzte Person am Straßenverkehr teil?				
Hatte die verletzte Person bei Schadeneintritt einen Sicherheitsgurt angelegt?	Ja	Nein	Ja	Nein
Trug die verletzte Person einen Sturzhelm?	Ja	Nein	Ja	Nein
Wurde bei dem Verletzten eine Blutprobe entnommen?	Ja	Nein	Ja	Nein
Stand oder steht der Verletzte zu Ihnen: a) in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis? b) in einem Verwandtschaftsverhältnis?	Ja Ja Nein	Nein _____ _____	Ja Ja Nein	Nein _____ _____
Lebt die verletzte Person mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	Ja	Nein	Ja	Nein
War die verletzte Person beruflich unterwegs?	Ja	Nein	Ja	Nein
War die verletzte Person auf dem Weg von der/zur Arbeit?	Ja	Nein	Ja	Nein
Handelt es sich um eine gemeinsame Arbeitsstelle?	Ja	Nein	Ja	Nein
Ist die verletzte Person Ihr Arbeitskollege?	Ja	Nein	Ja	Nein

Liegt die Unfallstelle innerhalb einer geschlossenen Ortschaft?	Ja	Nein
Wie hoch war die Geschwindigkeit Ihres Fahrzeuges?	ca.	km/h
Aus welcher Entfernung haben Sie den Verletzten erstmals wahrgenommen?	ca.	m
Wurde Ihre Sicht behindert (z. B. Dunkelheit, Nebel, geparktes Fahrzeug oder ähnliches)?	Ja durch _____ Nein	
Ereignete sich der Unfall auf einem Fußgängerüberweg?	Ja	Nein
Kam der Fußgänger von links oder rechts (in Fahrtrichtung)?	von links	von rechts
Welchem Zweck diente die Fahrt?		

_____ Datum
_____ Unterschrift des Versicherungsnehmers
_____ Unterschrift des Fahrers