

Wegeunfallfragebogen zur Unfallanzeige vom

Unternehmen:	
Persönliche Angaben der/des Versicherten:	
Name:	geb.:
Unfalldatum:	Uhrzeit:
AZ (falls bekannt):	
Fragen	Antworten
1. Wo (genaue Ortsangabe) und an welcher Stelle (z.B. Bürgersteig, Außentreppe) ereignete sich der Unfall?	
2. Woher (genaue Ortsangabe) kam die/der Versicherte (z.B. von zu Hause; der Arbeitsstelle; der Kindertagesstätte, der Schule, der Universität; vom Einsatzort)?	
3. Wohin (genaue Ortsangabe) wollte die/der Versicherte (z.B. nach Hause; zur Arbeitsstelle; zur Kindertagesstätte, zur Schule, zur Universität; zum Einsatzort)?	
<p>4. Liegt die Unfallstelle auf dem direkten/kürzesten (verkehrsgünstigsten) Weg zwischen Wohnort und Arbeitsstelle?</p> <p>Wenn NEIN, weshalb wurde von dem direkten/kürzesten (verkehrsgünstigsten) Weg abgewichen (z.B. Besuch bei Bekannten/Verwandten; Aufsuchen eines Geschäfts, einer Gaststätte etc.)? Ereignete sich der Unfall vor oder nach dem Besuch dieser Stätten und wie lange hat die Unterbrechung gedauert?</p> <p>Bitte Skizze des Weges oder Kopie aus dem Stadtplan/der Landkarte mit Eintrag</p> <p>a) des Ausgangsortes, b) des Zielortes, c) der Unfallstelle, d) des Verlaufs der zurückgelegten Wegstrecke, e) des Verlaufs der direkten/kürzesten (verkehrsgünstigsten) Wegstrecke, f) ggf. der Lage der Besuchsstätte</p> <p>beifügen.</p>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> VORHER <input type="checkbox"/> NACHHER Dauer der Unterbrechung:
<p>5. Wurde der Weg im Auftrag durchgeführt (Auftragstätigkeit; Dienstgang)?</p> <p>a) Wer erteilte den Auftrag? b) Wie lautete dieser Auftrag?</p>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<p>6. Wie groß ist die Entfernung vom Ausgangsort</p> <p>a) zum Zielort: b) zur Unfallstelle:</p>	 km km
7. Wann hat die/der Versicherte den Weg angetreten?	Tag: Uhrzeit:

8. Befand sich die/der Versicherte in Begleitung (ggf. Name und Anschrift angeben)?	
9. Wie wurde der Weg zurückgelegt (zu Fuß oder mit welchem Verkehrsmittel)?	
10. Stand die/der Versicherte zum Unfallzeitpunkt unter Alkohol-, Tabletten- oder Drogeneinfluss? Wenn JA: Wurde eine Blutprobe gemacht, ggf. wo und mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
11. Ist der Unfall durch andere verursacht worden? Durch wen (Name und Anschrift) Wenn JA: Liegt ein Verschulden vor? Ggf. wessen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
12. Ist der Unfall auf das Verschulden eines Grundstückseigentümers zurückzuführen (z.B. Glatteis; offenstehende Kellerschächte; herabfallende Dachziegel usw.)? Wenn JA: Name und Anschrift des Eigentümers	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
13. Ist der Unfall durch ein Kraftfahrzeug verursacht worden? Wenn Ja: a) Art des Fahrzeugs (PKW, LKW usw.): b) Kennzeichen: c) Name und Anschrift des Halters: d) Name und Anschrift des Eigentümer des KfZ: e) Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung: f) Versicherungsnummer:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
14. Sind polizeiliche Feststellungen oder sonstige Erhebungen getroffen worden, ggf. durch welche Stelle (z.B. Versicherungsgesellschaft, Verkehrsbetrieb)? Wenn JA: a) Stelle: b) Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

