

Friederike Droste

Rechtsanwältin

Schulstr. 21 • 83259 Schleching • Tel. 08649 / 98 68 05 -5 • Fax 08649 / 98 68 05 -6

Unfallfragebogen

Anspruchsteller

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____

Name Fahrers: _____

Anschrift Fahrer: _____

Vorsteuerabzugsberechtigung: ja nein

Bankverbindung: Name der Bank: _____

IBAN: _____

Rechtsschutzvers.: Name: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Schädiger

Fahrer: _____

Halter: _____

Fahrzeug Fabrikat: _____ amtl. Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Versicher.nr.: _____

Unfallhergang

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

Namen und Anschriften weiterer am Unfall beteiligter Verkehrsteilnehmer:

Namen und Anschriften von Unfallzeugen:

Name und Aktenzeichen d. aufnehmenden Polizeidienststelle (so polizeilich aufgenommen):

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:

Was wurde beschädigt: _____

Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber/finanzierende Bank: _____

Zum Betriebsvermögen gehörend? ja nein Vorsteuerabzugsberechtigung ja nein

Art und Umfang der Beschädigung: _____

Voraussichtl. Höhe der Wiederherstellungskosten? € _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden? ja nein ggf. durch wen? _____

Frühere Schäden, Art und Umfang? _____

Bei beschädigten Fahrzeugen bitte zusätzlich angeben:

Fzg.fabrikat: _____

Modell: _____

Erstzulassung: _____

gefahrte Km: _____

Anzahl Vorbesitzer: _____

amtl. Kennzeichen: _____

haftpflichtversichert bei: _____

Nr. _____

vollkaskoversichert bei: _____

Nr. _____

SB: _____

teilkaskoversichert bei: _____

Nr. _____

SB: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden:

Name und Anschrift des Verletzten: _____

Geb.datum: _____

Telefonnr.: _____

Familienstand: _____

Zahl und Alter d. Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____

selbständig: ja nein

Monatl. Nettoeinkommen: _____

€ _____

Name, Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja nein

wenn ja, von wem: _____

Höhe monatlich: _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Krankenhausaufenthalt von _____ bis _____

Name und Anschrift des Krankenhauses _____

Ambulante Behandlung durch _____

Lag ein Berufsunfall vor bzw. geschah der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? ja nein

ggf. zuständige Berufsgenossenschaft _____

falls gesetzlich rentenversichert, zuständige Rentenversicherungsanstalt und Rentenversicherungsnr.: _____

Ort

, den

Datum

Unterschrift