

# Friederike Droste

Rechtsanwältin

Einsiedler Hauptstr. 60 • 09123 Chemnitz • Tel. 037209 / 69141-0 • Fax 037209 / 69141-2

---

## 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.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den

Ort

Datum

Unterschrift