

# 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