

# Unfallfragebogen

<p><b>Anspruchsteller (Geschädigter)</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p> <p>Konto - Nr.:                      BLZ:</p> <p>Bank:</p>	<p><b>Gegner (Schädiger)</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p>
<p><b>Fahrer:</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p>	<p><b>Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p>
<p><b>Kfz-Kennzeichen:</b></p> <p>versichert bei:</p> <p>Police - Nr.:</p>	<p><b>Kfz-Kennzeichen (Gegner):</b></p> <p>versichert bei:</p> <p>Police - Nr.:</p>
<p><b>Unfallort:</b></p> <p><b>Unfalltag:                      Unfallzeit:</b></p>	
<p><b>Unfallschilderung:</b></p>	
<p>Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)?</p> <p>Unfallzeugen (Name und Anschrift)</p> <p>Weitere, am Unfall beteiligte Personen:</p>	
<p><b>Angaben zum beschädigten Fahrzeug:</b></p> <p>Fahrzeugart:                      Typ:                      Baujahr:                      km-Stand:</p> <p>Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?    ja / nein                      Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung?    ja / nein</p> <p>Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: €                      Reparaturdauer:</p> <p>Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:</p>	
<p>Art und Umfang der Fahrzeugschäden:</p>	
<p>(Fortsetzung Seite 2)</p>	

**Bei Personenschäden zusätzlich angeben:**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Zahl der Kinder:

Krankenkasse (Name / Ort):

Hauskrank geschrieben vom:                      bis:

Anschrift des behandelnden Arztes:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Ausgeübter Beruf:

selbständig?    ja/ nein

monatliches Nettoeinkommen: €

Anschrift d. Arbeitgebers:

Sicherheitsgurt angelegt?    ja / nein

Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt vom:                      bis:

Anschrift des Krankenhauses / behandelnden Arztes:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)?    ja / nein

zuständige Berufsgenossenschaft:

falls gesetzlich rentenversichert, Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Rentenversicherungsnummer:

**Besondere Anmerkungen / Unfallskizze:**