

DR. DR. LICHTENBERG & KOLLEGEN

Rechtsanwaltssozietät

	Aktenzeichen/Schadennummer des Versicherers:
	Aktenzeichen des Anspruchstellers

U n f a l l f r a g e b o g e n

Anspruchsteller (Geschädigter)	Gegner (Schädiger)
Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort: Konto - Nr.: BLZ: Bank:	Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:
Fahrer:	Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:
Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:	Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort:
Kfz-Kennzeichen: versichert bei: Police - Nr.:	Kfz-Kennzeichen (Gegner): versichert bei: Police - Nr.:
Unfallort:	
Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallschilderung:	
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)? Aktenzeichen	
Unfallzeugen Name und Anschrift:	Unfallzeugen Name und Anschrift:
Weitere, am Unfall beteiligte Personen sowie Art der Beteiligung:	

Angaben zum beschädigten Kraftfahrzeug:

Fahrzeugart:	Typ:
Hersteller:	Baujahr:
Frg.Identnr.:	Erstzulassung
Kennzeichen:	Hubraum
km-Stand:	Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja / nein
Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja / nein	Höhe der unfallbeding. Wiederherstellungskosten: EUR
Reparaturdauer:	Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:
Art und Umfang der Fahrzeugschäden:	
Wem gehört das Fahrzeug? Evtl. Leasinggeber	
Haftpflichtversicherung:	
Nr.:	
Vollkaskoversicherung:	
Nr.:	
Selbstbeteiligung:	
Teilkasko-Versicherung:	
Nr.:	
Selbstbeteiligung:	
Rechtsschutz-/ Verkehrsservice-Versicherung:	
Nr.:	

Datum: Unterschrift:

Bei Personenschäden zusätzlich angeben:	
Name: Vorname: Straße: PLZ, Ort: Geburtsdatum: Familienstand: Zahl der Kinder: Krankenkasse (Name / Ort):	Ausgeübter Beruf: selbständig? ja/ nein monatliches Nettoeinkommen: EUR Name und Anschrift d. Arbeitgebers:
Art und Umfang der Verletzung:	
Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein	
Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? ja / nein	
Arbeitsunfähig vom: bis: Anschrift des behandelnden Arztes: Name: Straße: PLZ, Ort:	Krankenhausaufenthalt vom: bis: Anschrift des Krankenhauses: Name: Straße: PLZ, Ort:
Abulant behandelnder Arzt 1 Fachrichtung: Name: Anschrift:	Abulant behandelnder Arzt 2 Fachrichtung: Name: Anschrift:
zuständige Berufsgenossenschaft:	
falls gesetzlich rentenversichert, Anschrift der Rentenversicherungsanstalt: Name: Straße: PLZ, Ort: Rentenversicherungsnummer:	

Datum: Unterschrift: