

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Rechtsanwälte Ulbrich
Mättigstr. 33
02625 Bautzen

Unfallfragebogen

Mandant (Name, Anschrift): _____

(Beruf, Telefon, Bankverbindung)

Vorsteuerabzugsberechtigung: Ja Nein

Fahrer: _____

Gegner: _____

Fahrer: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Kurze Unfallschilderung:

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift und Kennzeichen der Fahrzeuge):

Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen: _____

Gegen wen erheben Sie Ansprüche und wie begründen Sie diese: _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden:

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? Ja Nein

Art und Umfang der Beschädigung _____

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden? _____

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten? _____ EUR

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____ Tage

Bei wem kann die beschädigte Sache besichtigt werden? _____

Hat eine Besichtigung stattgefunden: Ja Nein ggf. durch wen: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ KM-Stand: _____ Baujahr: _____

Wie viele Vorbesitzer sind im Kfz-Brief eingetragen? _____

Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflicht-Versicherung: _____ Nr.: _____

Vollkasko-Versicherung: _____ Nr.: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR

Teilkasko-Versicherung: _____ Nr.: _____

Rechtsschutzversicherung: _____ Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Personenstand: _____ Zahl und Alter der

Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig: Ja Nein Monatliches Nettoeinkommen: _____ EUR

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein Von wem? _____ mtl. _____ EUR

Art und Umfang der Verletzungen _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte krankgeschrieben? Ja Nein vom _____ bis voraussichtlich: _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag Betriebsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und
Auskünfte erteilen. Ja Nein

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen. Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht!

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

(Bitte vergessen Sie nicht, die unterschriebene Vollmacht beizufügen.)