

Fragebogen in Unfallsachen

I) Persönliche Angaben

1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Bankverbindung:

Beruf:

Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung:

Firmenadresse:

Versicherungsnummer:

Vollkasko bzw. Teilkasko Versicherung:

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer:

Adresse:

Selbstbehalt:

Rechtsschutz:

Versicherungsnummer:

Adresse:

Versicherungsnehmer:

II) Angaben zum Unfallgeschehen

Unfalltag:

Unfallzeit:

Unfallort:

Eigenes Kraftfahrzeug:

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Eigentümer:

Adresse:

Fahrer:

Adresse:

Gegnerisches Kraftfahrzeug:

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Halter:

Adresse:

Fahrer:

Adresse:

Ggf. Besonderheiten (z. B. Eigentümer nicht identisch mit dem Halter, Leasingfahrzeug etc.):

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Firma:

Adresse:

Versicherungsnummer:

Schadenummer:

Oder: Daten aus beigefügten Schreiben ersichtlich: Ja

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc.):

Zeugen:

1. Zeuge

Name:

Anschrift:

Telefon:

2. Zeuge:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Ggf.: Weitere Zeugen gem. Beiblatt? Ja

Unfallgeschehen:

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

Unfallskizze

Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze auf einem gesonderten Blatt an.

Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle:

Adresse:

Aktenzeichen:

III) Angaben bei FahrzeugschädenFahrzeug repariert? Ja NeinWenn ja: Mietwagen genommen? Ja Nein

Zeitraum: _____ Tage , von _____ bis _____

Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja NeinTäglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus? Ja NeinGutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? Ja NeinWenn ja: Gutachter bereits bezahlt? Ja NeinSicherheitsabtretung erfolgt? Ja Nein**IV) Angaben bei Personenschäden**

Name der verletzten Person:

Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):

Beruf und Einkommen:

Ärztliche Erstbehandlung:

ggf. Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt:

Adresse:

Verletzungen:

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“):

ggf. Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt:

Adresse:

Verletzungen:

Weiter verbleibende Beschwerden:

Arbeitsunfähigkeit über _____ Wochen; ärztlich attestiert Ja Nein

Besteht eine Krankversicherung? Ja (gesetzlich) Ja (Privat) Nein

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein

Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft:

V) Weitere Unterlagen als Anhang

Bitte fügen Sie auch die als Anhang angeführten Unterlagen bei, sofern diese bei Ihnen vorhanden sind, und markieren dies jeweils mit einem Kreuz:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unfallskizze | <input type="checkbox"/> Bilder vom Unfallort |
| <input type="checkbox"/> Gutachten/Reparaturrechnung/Kosten VA | <input type="checkbox"/> Arztbericht/ärztliches Attest |
| <input type="checkbox"/> Unterlagen der eigenen Versicherung | <input type="checkbox"/> Schweigpflichtentbindungserklärung |
| <input type="checkbox"/> Schreiben Polizeidienststelle/Visitenkarte | <input type="checkbox"/> Rechnungen ärztliche Heilkosten |
| <input type="checkbox"/> Schreiben gegnerische Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Weitere Unterlagen |

Datum:

Unterschrift: