

FRAGEBOGEN ZUM UNFALLGESCHEHEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden/übergeben uns diesen, um uns einen ersten Überblick zu dem Sachverhalt zu geben und die zügige Bearbeitung Ihres Verkehrsunfalls zu gewährleisten. Die von Ihnen angegebenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung dieses Mandates gespeichert.

Persönliche Angaben:

1. Angaben zur Person

Name:	Beruf:
Vorname:	Telefon:
Geburtsdatum:	Mobil:
Adresse:	E-Mail:
Bankverbindung:	

Vorsteuerabzugsberechtigung? (bitte ankreuzen)

Ja	Nein
----	------

2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung: Versicherung:	Versicherungsnummer:
Vollkasko <input type="checkbox"/> / Teilkasko <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen) Versicherung: Versicherungsnehmer:	Versicherungs-Nr.: Selbstbehalt:
Rechtsschutzversicherung: Versicherung:	Versicherungs-Nr.: Selbstbeteiligung: _____ Euro

Angaben zum Unfallgeschehen/ zu den Beteiligten:

Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallort:	
Eigenes Kraftfahrzeug:	Gegnerisches Kraftfahrzeug:
Kennzeichen:	Kennzeichen:
Fahrzeugtyp:	Fahrzeugtyp:
Eigentümer:	Halter:
Adresse:	Adresse:
Fahrer:	Fahrer:
Adresse:	Adresse:
Ist Ihr Fahrzeug geleast? (Bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> Ja: Leasingbank: Vertragsnummer:	
<input type="radio"/> Nein	
Ist Ihr Fahrzeug finanziert? (Bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> Ja: Finanzierungsbank: Vertragsnummer:	
<input type="radio"/> Nein	
Sind Ihnen Zeugen bekannt? Wenn ja, bitte hier aufführen:	

Unfallgeschehen:

(Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich)

Unfallskizze:

(Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze)

Angaben bei Fahrzeugschäden

Fahrzeug repariert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vorsteuerabzugsberechtigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wo?	Mietwagen genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zeitraum: ____ Tage
Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gutachter bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sicherheitsabtretung erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Angaben bei Personenschäden

Name der verletzten Person:
Anschrift, Telefon:
Beruf und Einkommen:
Ärztliche Erstbehandlung, Klinik / Arzt:
Verletzungen:
Ärztliche Folgebehandlung, Klinik / Arzt (insb. „Hausarzt“):
Weiter verbleibende Beschwerden:
Arbeitsunfähigkeit über ____ Wochen; ärztlich attestiert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Ja (gesetzlich) <input type="checkbox"/> Ja (Privat) <input type="checkbox"/> Nein
Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____