

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.

I) Persönliche Angaben:

1. Angaben zur Person

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

Vorsteuerabzugsberechtigung? [] Ja [] Nein

2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung:	Rechtsschutz:
Versicherung:	Versicherungs-Nr.:
Versicherungs-Nr.:	Adresse:
Vollkasko [] bzw. Teilkasko []	Versicherungsnehmer:
Versicherungsnehmer:	
Adresse:	
Selbstbehalt:	

II) Angaben zum Unfallgeschehen

Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallort:	
<u>Eigenes Kraftfahrzeug:</u>	<u>Gegnerisches Kraftfahrzeug:</u>
Kennzeichen:	Kennzeichen:
Fahrzeugtyp:	Fahrzeugtyp:
Eigentümer:	Halter:
Adresse:	Adresse:
Fahrer:	Fahrer:
Adresse:	Adresse:

Ggf. Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit dem Halter, Leasingfahrzeug etc.):
<u>Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:</u>
Firma:
Adresse:
Versicherungs-Nr.:
Schadenummer:
Oder: Daten aus beigefügten Schreiben ersichtlich: [] Ja
Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc):

Zeugen:

1. Zeuge	2. Zeuge
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:

Unfallgeschehen:

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

Unfallskizze

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

Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle:	Aktenzeichen:
Adresse:	

III) Angaben bei Fahrzeugschäden

Fahrzeug repariert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vorsteuerabzugsberechtigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja:	Mietwagen genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zeitraum: _____ Tage
	Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja:	Gutachter bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Sicherheitsabtretung erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

IV) Angaben bei Personenschäden

Name der verletzten Person/Personen:	
Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):	
Beruf und Einkommen:	
Ärztliche Erstbehandlung:	ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich <input type="checkbox"/>
Klinik/Arzt:	
Adresse:	
Verletzungen:	
Ärztliche Folgebehandlung (insb. "Hausarzt"):	ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich <input type="checkbox"/>
Klinik/Arzt:	

Adresse:
Verletzungen:
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
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/KostenVA	<input type="checkbox"/>	Arztbericht/ärztliches Attest
<input type="checkbox"/>	Unterlagen der eigenen Versicherung	<input type="checkbox"/>	Schweigepflichtentbindungserklärung
<input type="checkbox"/>	Schreiben Polizeidienststelle/Visitenkarte	<input type="checkbox"/>	Rechnungen ärztliche Heilkosten
<input type="checkbox"/>	Schreiben gegnerische Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	Weitere Unterlagen

X _____, den X _____
Ort Datum

X
Unterschrift