

Unfallfragebogen

(Bitte ausfüllen; Nichtzutreffendes streichen)

1. Geschädigter

1.1 Name und Anschrift

1.2 Telefon privat/geschäftlich:

1.3 Handy:

1.4 Fax

1.5 E-Mail-Adresse:

1.6 Geburtsdatum:

1.7 Bankverbindung:

1.8 Konto-Nr.:

1.9 Bankleitzahl:

1.10 Name und Anschrift des Fahrers

2. Unfallverursacher

2.1 Name und Anschrift des Fahrers des gegnerischen Fahrzeugs:

2.2 Name und Anschrift des Halters des gegnerischen Fahrzeugs:

2.3 Amtliches Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug:

2.4 gegnerische Haftpflichtversicherung:

2.5 Versicherungs-Nr.:

3. Unfallort/Unfallhergang/Sonstige Unfallbeteiligte/Unfallzeugen

3.1 Unfallort:

3.2 Unfalltag:

3.3 Unfallzeit:

3.4 Unfallschilderung, gegebenenfalls mit Skizze

3.5 Name und Anschrift anderer am Unfall beteiligter Verkehrsteilnehmer:

3.6. Name und Anschrift von Unfallzeugen (z. B. Mitfahrer)

4. Polizeiliche Unfallaufnahme

4.1 Dienststelle:

4.2 Tagebuch-Nr.

5. Ihr beschädigtes Kfz:

5.1 Fabrikat: Modell: Erstzulassung: km-Stand: amtliches Kennzeichen:

Anzahl Vorbesitzer: Betriebsvermögen: Ja/Nein Vorsteuerabzugsberechtigt: Ja/Nein

5.2 Das Fahrzeug ist haftpflichtversichert bei:

Versicherungs-Nr.

5.3 Vollkaskoversicherung bei vorgenannter Gesellschaft: Ja/Nein

Falls ja: Höhe Selbstbeteiligung:

5.4 Leasingfahrzeug: Ja/Nein (falls ja: Rechtsanwalt benötigt den Leasingvertrag)

5.5 Höhe des Schadens laut Werkstatt: 5.6 Ggf. wirtschaftlicher Totalschaden: Ja/Nein

5.7 Sachverständiger beauftragt: Ja/Nein Falls ja: Welcher Sachverständige?

5.8 Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:

6. Sonstige Sachschäden:

7. Rechtsschutzversicherung

7.1. Sind Sie rechtsschutzversichert? Ja/Nein Falls Ja:

7.2 Versicherungsgesellschaft

Versicherungs-Nr.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift)

Nur ausfüllen bei Personenschaden!!!

8. Personenschaden

8.1. *Name und Anschrift des Verletzten (falls nicht identisch mit 1.1)*

8.2 *Telefon privat/geschäftlich:* 8.3 *Handy:* 8.4 *Fax*

8.5 *E-Mail-Adresse:* 8.6 *Geburtsdatum:*

8.7 *Bankverbindung:* 8.8 *Konto-Nr.:* 8.9 *Bankleitzahl:*

9. Art und Umfang der Verletzung

10. Behandelnde Ärzte

10.1 *Name und Anschrift des Krankenhauses*

10.2. *Name und Anschrift der ambulant behandelnden Ärzte:*

10.3 *Krankschreibung erfolgt: Ja/Nein*

11. Berufs- oder Wegeunfall

11.1 *Liegt ein Berufsunfall bzw. ein Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit vor: Ja/Nein*

11.2. *Falls Ja: Name und Anschrift der zuständigen Berufsgenossenschaft:*

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift)