

Fragebogen zum Unfallgeschehen

I) Persönliche Angaben:

Angaben zur Person des Halters

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Bankverbindung: _____

Beruf: _____

Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung:

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

Adresse, falls abweichend vom Halter _____

Vollkasko Teilkasko Selbstbehalt: _____ €

Rechtsschutz:

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

Adresse, falls abweichend vom Halter _____

Selbstbehalt: _____ €

Eigenes Kraftfahrzeug

Fahrzeugtyp: _____ Kennzeichen: _____

Erstzulassung: _____ Scheckheftgepflegt? Ja Nein

II) Angaben zum Unfallgeschehen

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle: _____

Aktenzeichen: _____

Gegnerisches Kraftfahrzeug

Fahrzeugtyp: _____ Kennzeichen: _____

Eigentümer/ Halter:

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Fahrer:

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

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

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Schadenummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

falls abweichend vom Halter, Name und Adresse: _____

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

Ggf. Zeugen (Name, Adresse, Telefon, E-Mail)

III) Angaben bei Fahrzeugschäden

Fahrzeug abgeschleppt? Ja Nein
Abschleppunternehmen? _____

Fahrzeug repariert? Ja Nein
Werkstatt: _____

Wenn ja: Mietwagen genommen? Ja Nein
Zeitraum: _____Tage

Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus? Ja Nein

Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? Ja Nein
Name, Adresse und Telefon des Gutachters: _____

Wenn ja: Gutachter bereits bezahlt? Ja Nein
Sicherheitsabtretung erfolgt? Ja Nein

IV) Angaben bei Personenschäden

Verletzte Person:
Name: _____ Telefon: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____
Adresse: _____
Beruf und Einkommen: _____

Ärztliche Erstbehandlung:
Klinik/Arzt: _____
Adresse: _____
Verletzungen: _____

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“):
Klinik/Arzt: _____
Adresse: _____
Verletzungen: _____

Weiter verbleibende Beschwerden? _____

Arbeitsunfähigkeit?

Zeitraum: _____ ärztlich attestiert? Ja Nein

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

Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft:
