
Fragebogen in Unfallsachen

I. Persönliche Angaben:

1. Angaben zur Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Bank:

IBAN:

BIC:

Beruf:

Vorsteuerabzugsberechtigung: JA NEIN

2. Angaben zu eigenen Versicherungen

KFZ-Haftpflichtversicherung

Adresse:

Versicherungsnummer:

Vollkasko- bzw. Teilkaskoversicherung

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer:

Adresse:

Selbstbehalt:

Rechtsschutzversicherung:

Adresse:

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer:

II. Angaben zum Unfallgeschehen:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Unfallort:

Eigenes KFZ

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Ggf. Typschlüsselnummer:

Eigentümer:

Adresse:

Fahrer:

Adresse:

Gegnerisches KFZ

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Halter:

Adresse:

Fahrer:

Adresse:

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

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Adresse:

Versicherungsnummer:

Schadenummer:

Ggf. weitere Unfallbeteiligte

(Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc., ggf. auf Beiblatt)

III. Zeugen:

1. Zeuge:

Name:

Anschrift:

Kontakt:

2. Zeuge:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Weitere Zeugen? Beiblatt JA

IV. Unfallhergang:

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

V. Unfallskizze:

Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze auf einem Beiblatt an.

Beiblatt beigelegt: JA NEIN

VI. Polizeiliche Aufnahme:

Unfall polizeilich aufgenommen: JA NEIN

Polizeidienststelle:

Adresse:

Aktenzeichen:

Hat der Schädiger die Schuld am Unfall zugestanden: JA NEIN

Wurde der Schädiger verwahrt: JA NEIN

VII. Fahrzeugschäden:

Fahrzeug repariert: JA NEIN

Wenn ja, wurde ein Mietwagen genommen: JA NEIN

Wenn ja, in welchen Zeitraum: _____ Tage, vom _____ bis zum _____

Vorsteuerabzugsberechtigung: JA NEIN

Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus: JA NEIN

Gutachter bereits beauftragt / Gutachten erfolgt: JA NEIN

Wenn ja, Gutachter bereits bezahlt: JA NEIN

Sicherheitsabtretung an Gutachter erfolgt: JA NEIN

VIII. Personenschäden

Name der verletzten Person:

Persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):

Beruf:

Einkommen:

Ärztliche Erstbehandlung:

ggf. Daten aus Bericht ersichtlich? JA

Klinik / Arzt:

Adresse:

Verletzungen:

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“):

ggf. Daten aus Bericht ersichtlich? JA NEIN

Klinik / Arzt:

Adresse:

Verletzungen:

ggf. Daten aus Bericht ersichtlich? JA

Weitere verbleibende Beschwerden:

Arbeitsunfähigkeit über _____ Wochen: ärztlich attestiert: JA NEIN

Wenn ja, Attest liegt bei: JA NEIN

Besteht eine Krankenversicherung JA (gesetzlich) JA (Privat) NEIN

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit: JA NEIN

Wenn ja, Name und Adresse der Berufsgenossenschaft:

IX. Weitere Unterlagen als Anhang

<input type="checkbox"/> Unfallskizze	<input type="checkbox"/> Bilder vom Unfallort
<input type="checkbox"/> Gutachten / Reparurrechnung / Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/> Arztbericht(e) / ärztliches Attest
<input type="checkbox"/> Unterlagen der eigenen Versicherung	<input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindungserklärung
<input type="checkbox"/> Schreiben der Polizeidienststelle / Visitenkarte	<input type="checkbox"/> Rechnungen ärztliche Heilkosten
<input type="checkbox"/> Schreiben der gegnerischen Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Weitere Unterlagen:

Datum: _____

Unterschrift: _____