

Unfallfragebogen

Unfallort:**Unfalltag:****Unfallzeit:****Anspruchsteller / Halter:**☐

Frau

☐

Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Email:

Gegner / Halter:☐

Frau

☐

Herr

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Bankverbindung:

IBAN:

Kontoinhaber:

BIC:

Bank:

Unterschrift: _____

Fahrer:☐

Frau

☐

Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:☐

Frau

☐

Herr

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Fahrzeug (Marke, Typ):

Kfz-Kennzeichen:

versichert bei:

VS-Nr.:

Fahrzeug (Marke, Typ):

Kfz-Kennzeichen:

versichert bei:

VS-Nr.:

Rechtsschutzversicherung:

versichert bei:

VS-Nr.:

VN:

Stellung zu Mdt:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Anschrift:

Aktenzeichen:

Unfallzeugen:

Name und Anschrift:

weitere, am Unfall beteiligte Personen:

Angaben zum beschädigten Fahrzeug:

Fahrzeugart:

Marke, Typ:

Baujahr:

km-Stand:

Erstzulassung:

gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?

☐ ja☐ nein

besteht Vorsteuerabzugsberechtigung?

☐ ja☐ nein

Leasingfahrzeug?

☐ ja☐ nein

Fahrzeug finanziert?

☐ ja☐ nein

Vollkasko

☐ ja☐ nein

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:

Informationen zur Schadenabwicklung:☐ Gutachten☐ Totalschaden☐ Reparaturschaden☐ Kostenvoranschlag☐ Reparaturabsicht☐ Werkstatt/selbst☐ Fremdrechnungen
direkt bezahlen?**Datum:****Unterschrift:**

Unfallfragebogen | Seite 3 von 4

Unfallschilderung:

Unfallskizze:

Bei Personenschäden zusätzlich angeben:

☐ Frau ☐ Herr Name: Vorname: Geburtsdatum: Straße: PLZ, Ort: Telefonnummer: E-Mail: Familienstand: Zahl + Alter der Kinder: Rechtsschutzversicherung: VS-Nr.: VN: Stellung zu Mdt:	ausgeübter Beruf: selbstständig? ☐ ja / nein ☐ monatliches Nettoeinkommen _____ € Anschrift des Arbeitgebers: Sicherheitsgurt angelegt? ☐ ja ☐ nein IBAN: BIC: Bank: Kontoinhaber: Unterschrift: _____
Hauskrank geschrieben vom: bis:	Krankenhausaufenthalt vom: ☐ selbst bis: ☐ RW
Anschrift des behandelnden Arztes: Name: Straße: PLZ, Ort:	Anschrift des Krankenhauses: Name: Straße: PLZ, Ort:

weitere behandelnde Ärzte: Name: Straße: PLZ, Ort:	weitere behandelnde Ärzte: Name: Straße: PLZ, Ort:
--	--

Strafantrag wg. Körperverletzung stellen? ☐ ja ☐ nein

Datum:

Unterschrift: