

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 des Kfz-Halters

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

Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

2. Angaben zur Person des Kfz-Führers, falls abweichend von 1.

Name:	Telefon:
Vorname:	Mobil:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Adresse:	Fax:

3. Angaben zur eigenen bestehenden Haftpflicht-Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung:	
Firmenadresse:	
Versicherungsnummer:	
Besteht eine Vollkasko <input type="checkbox"/> bzw. Teilkasko <input type="checkbox"/> SB?	Rechtsschutz:
Falls ja, bei der Versicherung:	Versicherungs-Nr.:
Versicherungs-Nr.:	Adresse:
Versicherungsnehmer:	Versicherungsnehmer:
Adresse:	
Evtl. Selbstbehalt: _____ EUR	

II) Angaben zum Unfallgeschehen

1. Allgemein

Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallort:	
Eigenes Kraftfahrzeug:	Gegnerisches Kraftfahrzeug:
Kennzeichen:	Kennzeichen:
Fahrzeugtyp:	Fahrzeugtyp:
Eigentümer:	Halter:
Adresse:	Adresse:
	Fahrer:
	Adresse:

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

2. Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung, falls bereits bekannt:

Firma / Versicherung:
Adresse:
Versicherungs-Nr.:
Schadenummer (soweit schon bekannt):
Oder: Daten aus beigefügten Schreiben ersichtlich: <input type="checkbox"/> Ja

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

4. Zeugen:

1. Zeuge
Name:

2. Zeuge
Name:

Anschrift:

Anschrift:

Telefon:

Telefon:

Ggf.: Weitere Zeugen gem. Beiblatt? Ja

5. Unfallgeschehen:

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

6. Unfallskizze

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

7. Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle:

Aktenzeichen:

Adresse:

III) Angaben bei Fahrzeugschäden

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

IV) Angaben bei Personenschäden

Name der verletzten Person:	
Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):	
Beruf und Einkommen:	
Ärztliche Erstbehandlung bei:	ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich? <input type="radio"/> ja
Klinik/Arzt:	
Adresse:	
Verletzungen:	
Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“):	ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Klinik/Arzt:	
Adresse:	
Verletzungen:	
Weiter verbleibende Beschwerden:	

Arbeitsunfähigkeit über _____ Wochen; ärztlich attestiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht eine Krankenversicherung	<input type="radio"/> Ja (gesetzlich) <input type="radio"/> Ja (Privat) <input type="radio"/> Nein
Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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/Kosten VA	<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
Datum:	Unterschrift: _____		