

# Fragebogen zum Verkehrsunfall

(Bitte möglichst vollständig ausfüllen, wenn einzelne Felder frei bleiben, fragen wir gegebenenfalls aber auch nach.)

## 1. Eigentümer des beschädigten Fahrzeuges

Name			
Vorname			
ggf. Firma			
Geb.Datum	Geburtsort		
Straße	Wohnort		Hausnr.
PLZ			
Telefon	Handy		
Telefax	E-Mail		

Bankverbindung:

IBAN		BIC	
ggf. Kto-Nr.		ggf. BLZ	

Rechtsschutzversicherung?  Ja  Nein

falls ja, welche Versicherung?

Versicherungsnummer

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  Ja  Nein

Sind Verletzungen aufgetreten?  Ja  Nein

(Wenn ja, dann bitte auch Teil 7. ausfüllen)

## 2. Fahrzeugführer

Name			
Vorname			
ggf. Firma			
Geb.Datum	Geburtsort		
Straße	Wohnort		Hausnr.
PLZ			
Telefon	Handy		
Telefax	E-Mail		

## 3. Angaben zum beschädigten Fahrzeug

Fzg.-Typ		Amtl. Kz.	
Kfz-Versicherung			
Versicherungsnr.			

Besteht eine Vollkaskoversicherung?  Ja  Nein

wenn ja, wie hoch ist die Selbstbeteiligung?

Besteht eine Fahrerschutzversicherung?  Ja  Nein

Ist das Fahrzeug noch verkehrssicher?  Ja  Nein

Aktueller Standort des Fahrzeuges

Ist das Fahrzeug  finanziert  gelast  nichts von beidem

(wenn ja, bitte die Finanzierungsunterlagen herein reichen)

#### 4. Unfallgegner

Name			
Vorname			
ggf. Firma			
Geb.Datum	Geburtsort		
Straße			Hausnr.
PLZ	Wohnort		
Telefon			Handy
Telefax			E-Mail
Fzg.-Typ			Amtl. Kz.
Kfz-Versicherung			
Versicherungsnr.			

#### 5. Unfallhergang

Datum	Uhrzeit	
Unfallort		
Unfallhergang		

(Eine Unfallskizze hilft oftmals weiter, ein kostenloses Programm finden Sie im Internet unter [www.unfallskizze.de](http://www.unfallskizze.de).)

Polizei?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Aktenz.	
Zeugen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

wenn ja, dann bitte in der folgenden Zeile Namen, Telefonnummern, Adressen und sonstige Angaben eintragen:

#### 6. Sonstige Anmerkungen

#### 7. Angaben zu verletzten Personen

(bei mehreren Verletzten bitte die Felder kopieren)

Name			
Vorname			
Geb.Datum	Geburtsort		
Straße			Hausnr.
PLZ	Wohnort		
Telefon			Handy
Telefax			E-Mail
Bankverbindung:			
IBAN			BIC
ggf. Kto-Nr.			ggf. BLZ

Beruf  Familienstand

Anzahl und Alter von Kindern

Anzahl der Personen im Haushalt

Krankenkasse

Art der Verletzung

Krankenhausaufenthalt?  Ja  Nein

Arbeits- oder Wegeunfall?  Ja  Nein

Besteht eine private Unfallversicherung?  Ja  Nein

Behandelnde Ärzte (ggf. Felder kopieren)

Name  Facharzt für

Adresse

Arbeitsunfähigkeit?  Ja  Nein

wenn ja von  bis