



Unfallfragebogen

Eigentümer/Halter des Fahrzeuges

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon privat/dienstl.:	Telefax:
Mobiltelefon:	E-Mail:
Rechtsschutzversicherung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Selbstbehalt: €	
Name, Anschrift der Versicherung:	
Versicherungsschein-Nr.:	

Fahrzeug

amtliches Kennzeichen:	Typ, Marke:
Vorsteuerabzugsberechtigung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Haftpflichtversicherung Name, Anschrift:	
Versicherungsschein-Nr.:	
Kaskoversicherung <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> Vollkasko <input type="radio"/> Selbstbehalt: €	
Name, Anschrift:	
Versicherungsschein-Nr.:	
Fahrzeug ist <input type="radio"/> geleast <input type="radio"/> finanziert bei (Name Gesellschaft, Anschrift):	
Vertragsnummer:	
Fahrer war zum Unfallzeitpunkt: Name, Vorname: Anschrift: Telefon:	
E-Mail:	
Fahrzeug ist noch fahrbereit/verkehrstüchtig <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Fahrzeug wurde abgeschleppt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Wo befindet sich das Fahrzeug jetzt?	
Wurde/Wird bereits ein Gutachten eingeholt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Gutachter (Name, Anschrift):	
Wurde ein Mietwagen genommen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Fahrzeugtyp, -marke: Anbieter (Name, Anschrift):	

Zahlungen/Entschädigungen an

Kontoinhaber:	
Bank:	BIC:
Bankleitzahl:	Kontonummer:
IBAN:	

Unfallgegner

amtliches Kennzeichen:	Fahrzeugtyp, -marke:
Name, Vorname Halter: Anschrift: Telefon: E-Mail:	
Name, Vorname Fahrer: Anschrift: Telefon: E-Mail:	
Haftpflichtversicherung: Name, Anschrift: Versicherungsschein-Nr.: Schaden-Nr.:	

Unfall

Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallort (Straße, Ort):	
Unfallhergang:	
Zeugen Name, Vorname: Anschrift: Name, Vorname: Anschrift: Name, Vorname: Anschrift:	
Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Dienststelle: Aktenzeichen:	

Personenschaden

Wurde jemand verletzt: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Name, Vorname: Anschrift: Telefon: E-Mail:	
Art und Umfang der Verletzung:	
stationäre Aufnahme (Krankenhaus) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja seit: bis voraussichtlich: Krankenhaus (Name, Anschrift):	
Ambulant behandelnder Arzt/Ärztin Name, Anschrift:	
Arbeitsunfähig <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja seit: bis voraussichtlich	