

Unfallfragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so weit wie möglich 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

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Bankverbindung: _____

Beruf: _____

Vorsteuerabzugsberechtigung? · Ja · Nein

2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

Vollkasko · bzw. Teilkasko · JA _____ / Nein _____

Rechtsschutzversicherung: _____

Anschrift: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsnehmer: _____

Adresse: _____

Selbstbehalt: _____ EUR

II) Angaben zum Unfallgeschehen

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Eigenes Kraftfahrzeug:

Kennzeichen: _____

Fahrzeugtyp: _____

Eigentümer: _____

Adresse: _____

Fahrer: _____

Adresse: _____

Gegnerisches Kraftfahrzeug:

Kennzeichen: _____

Fahrzeugtyp: _____

Halter: _____

Adresse: _____

Fahrer: _____

Adresse: _____

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

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Firma: _____

Adresse: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Schadenummer: _____

Daten aus beigefügten Schreiben ersichtlich: • Ja

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung

Wenn ja: Gutachter bereits bezahlt? · Ja · Nein

Sicherheitsabtretung erfolgt? · Ja · Nein

IV) Angaben bei Personenschäden

Name der verletzten Person: _____

Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):

Beruf und Einkommen: _____/_____

Ärztliche Erstbehandlung: _____ ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt: _____

Adresse: _____

Verletzungen:

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“): ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt: _____

Adresse: _____

Verletzungen:

Weiter verbleibende Beschwerden:

Arbeitsunfähigkeit über _____ Wochen; ärztlich attestiert · 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: _____

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:

- Unfallskizze
- Bilder vom Unfallort
- Gutachten/Reparaturrechnung/KostenVA
- Arztbericht/ärztliches Attest
- Unterlagen der eigenen Versicherung
- Schweigepflichtentbindungserklärung
- Schreiben Polizeidienststelle/Visitenkarte
- Rechnungen ärztliche Heilkosten
- Schreiben gegnerische Haftpflichtversicherung
- Weitere Unterlagen

Datum: _____

Unterschrift: _____