



FRAGEBOGEN VERKEHRsunFALL

Aktenzeichen des Versicherers: _____

Aktenzeichen des Anspruchstellers: _____

1. GESCHÄDIGTE / GESCHÄDIGTER

1.1 Name des Anspruchstellers: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

1.2 Anschrift: _____

Tel: _____ E-Mail: _____

1.3 Konto-Nr.: _____ bei: _____ BLZ: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

1.4 Fahrer: _____

2. UNFALLGEGNER (SOWEIT BEKANNT)

2.1 Name des Versicherungsnehmers: _____

2.2 Anschrift: _____ Tel: _____

2.3 Versichert bei: _____

2.4 Versicherungsnummer: _____

2.5 Amtliches Kennzeichen: _____

2.6 Name des Fahrers: _____

2.7 Anschrift des Fahrers: _____ Tel: _____

3. UNFALLHERGANG

3.1 Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

3.2 Genaue Unfallbeschreibung mit Skizze: _____

3.3 Andre am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs):

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen:

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?: _____

4. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt? _____

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache bzw. Leasingnehmer? _____

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschläge, Rechnung u.a.): _____

4.5 Beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel: _____



5. BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN

- 5.1 Typ: _____ Erstzulassung: _____ Km-Stand: _____
Fahrgestellnr.: _____ Fldentnr.: _____ Amtl. Kennzeichen: _____
- 5.2 Durch welche Gesellschaft und unter welcher Versicherungsnummer war das Kfz zur Zeit des Unfalls versichert?
Haftpflichtversicherung: _____
Vollkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ Vers.nr.: _____
Teilkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ Vers.nr.: _____
Rechtsschutzversicherung: _____ Vers.nr.: _____

6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

- 6.1 Name des Verletzten: _____
- 6.2 Anschrift: _____ Tel: _____
- 6.3 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____
- 6.4 Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig Ja Nein Monatl. Nettoeinkommen: _____
- 6.5 Name des Arbeitgebers: _____
- 6.6 Anschrift des Arbeitgebers: _____ Tel: _____
- 6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente?
 Ja Nein Von wem: _____ monatl.: _____
- 6.8 Art und Umfang der Verletzung:

- 6.9 Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein
- 6.10 Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____
- 6.11 Name und Anschrift des Krankenhauses: _____
- 6.12 Ambulant behandelnde Ärzte:

- 6.13 Ist der Verletzte krank geschrieben? Ja Nein Von: _____ bis (voraussichtlich): _____
- 6.14 Krankenkasse des Verletzten: _____
- 6.15 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein
- 6.16 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____
- 6.17 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein
- 6.18 Bei welcher Anstalt? _____

Ort, Datum

Mandant(en)