

Unfallfragebogen

Name des Anspruchstellers (Geschädigter): _____

Anschrift: _____

Kontoverbindung: _____

Fahrer: _____

Name des Versicherungsnehmers (Schädiger): _____

Anschrift: _____

versichert bei: _____ Versicherungsnummer: _____

amtliches Kennzeichen: _____ Name des Fahrers: _____

Anschrift des Fahrers: _____

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

Genauere Unfallschilderung mit Skizze:

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer : _____

Name und Anschrift von Unfallzeugen: _____

aufnehmende Polizeidienststelle : _____

Name des Beamten/in: _____

Tagebuchnummer/ Aktenzeichen: _____

Sachschäden

Was wurde beschädigt: _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache: _____

Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja ____ nein ____ besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja ____ nein ____

Umfang und Art der Beschädigung: _____

Wann und zu welchem Preis fand die Anschaffung statt? _____

Voraussichtliche Wiederherstellungskosten in Euro: _____

Voraussichtliche Dauer der Reparatur: _____

Wo befindet sich die beschädigte Sache jetzt? _____

Wurde die Sache bereits besichtigt: nein ____ ja, durch _____

Vorschäden: _____

bei beschädigten Kraftfahrzeugen

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ Km-Stand: _____

amtliches Kennzeichen: _____ Anzahl der Vorbesitzer im Brief: _____

Versicherungsgesellschaft: _____ Policennummer: _____

Vollkaskoversicherung: nein ____ ja, Höhe der Selbstbeteiligung: _____

Teilkaskoversicherung: nein ____ ja, Höhe der Selbstbeteiligung: _____

Rechtsschutzversicherung: nein ____ ja, Gesellschaft und Policennummer: _____

Leasingfahrzeug: nein ____ ja; Name der Leasing-Gesellschaft: _____

Personenschäden

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

ausgeübter Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Ansschrift: _____

Selbständig: ja ____ nein ____ monatliches Einkommen: _____

Bezieht der Geschädigte Rente: nein ____ ja, von : _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Sicherheitsgurt angelegt: ja ____ nein ____

behandelndes Krankenhaus: _____

behandelnde Ärzte: _____

war der Verletzte krank geschrieben: nein ____ ja, von ____ bis ____

Krankenkasse des Verletzten: _____

Geschah der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit bzw. während der Arbeitszeit? nein ____ ja ____

zuständige Berufsgenossenschaft: _____

welche Rentenversicherung ist zuständig: _____

Ort, _____ Datum _____

Unterschrift _____