

Verkehrsunfallfragebogen

1.1 Name des Anspruchstellers: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

1.2 Anschrift: _____

Tel.: _____

1.3 Konto-Nr.: _____ bei: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber: _____

1.4 Fahrer: _____

2.1 Name des Gegners: _____

2.2 Anschrift: _____

Tel.: _____

2.3 Versichert bei: _____

2.4 Policen-/Schaden-Nr.: _____

2.5 Amtliches Kennzeichen: _____

2.6 Name des Fahrers: _____

2.7 Anschrift des Fahrers: _____

Tel.: _____

3.1 Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt):

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

3.4 Name und Anschrift von Unfallzeugen:

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

3.6 polizeiliches Aktenzeichen: _____

4. BEI ANSPRUCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

4.1 Was wurde beschädigt?

4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache, evtl. Leasinggeber?

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

4.4 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnungen pp.):

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

Tel.: _____

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

5.1 Art: _____ Hersteller: _____ Typ: _____

Fzg.Identnr.: _____

Amtl. Kennz.: _____ Erstzulassung: _____

Km-Stand: _____

5.2 Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung: _____

Nr.: _____

Vollkaskoversicherung: _____

Nr.: _____ Selbstbeteiligung EUR: _____

Teilkasko-Versicherung: _____

Nr.: _____ Selbstbeteiligung EUR: _____

Rechtsschutz- / Verkehrsservice-Versicherung:

_____ Nr.: _____

6. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

6.1 Name des Verletzten:

6.2 Anschrift: _____

Tel.: _____

6.3 Geburtsdatum: _____ **Familienstand:** _____

Zahl und Alter der Kinder: _____

6.4 Ausgeübter Beruf: _____ **selbständig:** Ja Nein

Monatl. Nettoeinkommen EUR: _____

6.5 Name des Arbeitgebers:

6.6 Anschrift: _____

Tel.: _____

6.7 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein

Von wem: _____

monatl. EUR: _____

7.1 Art und Umfang der Verletzung:

7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

7.3 Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich):

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses:

7.5 Ambulat behandelnde Ärzte:

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein

Vom: _____ bis (voraussichtlich): _____

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Nr. _____

7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit?

Ja Nein

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Nr. _____

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

7.11 Bei welcher Anstalt?

Nr. _____

Ort, Datum

Unterschrift