

Unfallfragebogen

1. Angaben zu dem beim Unfall beschädigten Kraftfahrzeug

Art des Fahrzeugs (Pkw, Lkw, Motorrad etc)

Marke/Fabrikat

Typ/Modell

Baujahr/Erstzulassung

Kilometerstand

amtliches Kennzeichen

2. Eigentümer des Fahrzeugs

Name, Vorname

Straße

Wohnort

vorsteuerabzugsberechtigt (ja) (nein)

ist das Fahrzeug finanziert und sicherungsübereignet? (ja) (nein)

Leasingfahrzeug (ja) (nein)

Bankverbindung, BLZ, Konto-Nr.

Ist der Eigentümer auch Halter des Fahrzeuges (Eintragung in den Kfz-Papieren)? (ja) (nein)
wenn nein, wer dann?

3. Fahrer des Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt?

Name, Vorname

Straße

Wohnort

4. Weitere Fahrzeuginsassen (nur falls Personenschäden der Mitfahrer geltend zu machen sind)

Name, Vorname

Straße

Wohnort

Bankverbindung, BLZ, Konto-Nr.

vorsteuerabzugsberechtigt (ja) (nein)

5. Haftpflichtversicherung des eigenen Fahrzeuges

Name der Versicherung

Schadens – oder Versicherungs-Nr.

Besteht Teilkasko?

ja, mit.....EUR Selbstbeteiligung

ja, ohne Selbstbeteiligung

nein

Besteht Vollkasko?

ja, mit.....EUR Selbstbeteiligung

ja, ohne Selbstbeteiligung

nein

6. Rechtsschutzversicherung

| |
|--|
| Name Versicherungsnehmer |
| Schadens – oder Versicherungs-Nr. |
| |
| 7. Kfz Unfallgegner |
| Art des Fahrzeugs (Pkw, Lkw, Motorrad etc) |
| Marke/Fabrikat |
| Typ/Modell |
| Baujahr/Erstzulassung |
| Kilometerstand |
| amtliches Kennzeichen |
| Name der Haftpflichtversicherung (sofern bekannt) |
| Versicherungs-Nr.: (sofern bekannt) |
| |
| 8. Halter des gegnerischen Fahrzeugs (sofern bekannt) |
| Name, Vorname |
| Straße |
| Wohnort |
| |
| 9. Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt? (sofern bekannt) |
| Name, Vorname |
| Straße |
| Wohnort |
| |
| 10. Unfallhergang |
| Unfalltag |
| Unfallort |
| Unfallzeit |
| Witterungs-/Straßenverhältnisse |
| kurze Schilderung Unfallhergang ggf. auf gesondertem Blatt und mit einer Skizze |
| |
| Liegen Ihnen Fotos von der Unfallstelle vor? Wenn ja, lassen Sie uns diese bitte zukommen. |
| |
| 11. Zeugen |
| Gibt es Unfallzeugen? |
| a) Mitfahrer im eigenen Fahrzeug |
| Name, Anschrift |
| b) Mitfahrer im unfallgegnerischen Fahrzeug |
| Name, Anschrift |
| c) sonstige Zeugen |
| Name, Anschrift |
| |
| 12. Polizei |
| Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? (ja) (nein) |

| |
|---|
| zuständige Polizeidienststelle |
| Aktenzeichen / Tagebuchnummer der Polizei |
| Verwarnungsgeld/Bußgeld gegen Fahrer (ja) (nein) |
| Verwarnungsgeld/Bußgeld gegen Unfallgegner (ja) (nein) |
| 13. Schaden am eigenen Kfz |
| kurze Schadensbeschreibung |
| Gutachten eingeholt (ja) (nein) |
| Wenn ja, lassen Sie uns bitte das Gutachten zusenden oder nennen Sie uns den Gutachter |
| Kostenvoranschlag eingeholt (ja) (nein) |
| Wenn ja, bitte Kostenvoranschlag beibringen oder Werkstatt benennen |
| Schaden bereits repariert? (ja) (nein) |
| Wenn ja, überlassen Sie uns bitte die Reparurrechnung und auch einen „Reparaturlaufplan“ |
| Liegt ein Totalschaden vor? (ja) (nein) |
| Wiederbeschaffungswert FahrzeugEUR |
| RestwertEUR |
| ReparaturkostenEUR |
| WertminderungEUR |
| Beabsichtigen Sie den Kauf eines Ersatzfahrzeuges? |
| 14. Mietwagen |
| Wurde/wird ein Mietwagen in Anspruch genommen? (ja) (nein) |
| Marke/Typ |
| Vermieter |
| Kosten pro Tag? |
| Möchten Sie statt eines Mietwagen pauschalen Nutzungsausfall geltend machen? (ja) (nein) |
| Sofern ein Mietwagenvertrag oder eine Mietwagenrechnung vorliegt, lassen Sie sie uns bitte zukommen. |
| 15. Sonstige fahrzeugbezogene Schäden |
| Abschleppkosten |
| An- und Abmeldegebühren |
| Gutachterkosten |
| Kosten des Voranschlages |
| Lager/Standkosten |
| sonstiges |
| Bitte lassen Sie uns geeignete Nachweise/Belege zukommen. |
| 16. Weitere Sachschäden |
| Schäden an Kleidung |
| Schäden an im Fahrzeug mitgeführten Gegenständen |
| 17. Personenschäden: verletzte Personen |
| Name, Vorname |
| Straße |

| |
|--|
| Wohnort |
| Geburtsdatum |
| Berufstätigkeit |
| 18. Personenschäden: erlittene Verletzungen |
| Art der Verletzung |
| Krankenhausaufenthalt von/bis |
| Name, Anschrift Krankenhaus |
| ambulant behandelnde Ärzte |
| Versicherungsschutz (private Krankenversicherung) (gesetzliche Krankenversicherung) (nicht versichert) |
| Beihilfeberechtigung (ja) (nein) |
| Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? |
| arbeitsunfähig von/bis |
| in Haushaltsführungstätigkeit eingeschränkt von/bis zu% |
| Bestehen noch gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder Beschwerden? (ja) (nein) |
| Sind Folgeschäden und/oder Spätfolgen zu befürchten? (ja) (nein) |
| Bitte lassen Sie uns etwaige ärztliche Atteste und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zukommen? |
| 19. Heilbehandlungskosten |
| Fahrtkosten Arzt (bitte Datum und Entfernungskilometer für die einzelnen Arztbesuche angeben) |
| Praxisgebühr, Zuzahlungen Arznei- und sonstige Heilmittelkosten |
| Kosten Arztrechnungen |
| Kosten sonstige Heilbehandlungen |
| Bitte lassen Sie uns Rechnungen oder sonstige geeignete Belege zukommen |
| 20. Verdienstaufschlag |
| Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von/bis |
| Krankengeld von/bis |
| Verdienstaufschlag/Gewinnaufschlag (bei selbständiger Tätigkeit) |
| sonstiger entgangener Verdienst/Gewinn |