



## Unfallfragebogen

### Eigentümer/Halter des Fahrzeuges

Name, Vorname:				
Anschrift:				
Telefon privat/dienstl.:	Telefax:			
Mobiltelefon:	E-Mail:			
Rechtsschutzversicherung: <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> Selbstbehalt: €				
Name, Anschrift der Versicherung:				
Versicherungsschein-Nr.:				

### Fahrzeug

amtliches Kennzeichen:	Typ, Marke:			
Vorsteuerabzugsberechtigung <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja				
Haftpflichtversicherung				
Name, Anschrift:				
Versicherungsschein-Nr.:				
Kaskoversicherung	<input type="radio"/> Teilkasko	<input type="radio"/> Vollkasko	<input type="radio"/> Selbstbehalt:	€
Name, Anschrift:				
Versicherungsschein-Nr.:				
Fahrzeug ist <input type="radio"/> geleast <input type="radio"/> finanziert				
bei (Name Gesellschaft, Anschrift):				
Vertragsnummer:				
Fahrer war zum Unfallzeitpunkt:				
Name, Vorname:				
Anschrift:				
Telefon:	E-Mail:			
Fahrzeug ist noch fahrbereit/verkehrstüchtig <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja				
Fahrzeug wurde abgeschleppt <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja				
Wo befindet sich das Fahrzeug jetzt?				
Wurde/Wird bereits ein Gutachten eingeholt <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja				
Gutachter (Name, Anschrift):				
Wurde ein Mietwagen genommen <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja				
Fahrzeugtyp, -marke:				
Anbieter (Name, Anschrift):				

### Zahlungen/Entschädigungen an

Kontoinhaber:	
Bank:	BIC:
Bankleitzahl:	Kontonummer:
IBAN:	

**Unfallgegner**

amtliches Kennzeichen:	Fahrzeugtyp, -marke:
Name, Vorname Halter:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Name, Vorname Fahrer:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Haftpflichtversicherung:	
Name, Anschrift:	
Versicherungsschein-Nr.:	Schaden-Nr.:

**Unfall**

Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallort (Straße, Ort):	
Unfallhergang:	
Zeugen	
Name, Vorname:	Anschrift:
Name, Vorname:	Anschrift:
Name, Vorname:	Anschrift:
Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja	
Dienststelle:	
Aktenzeichen:	

**Personenschaden**

Wurde jemand verletzt? <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Art und Umfang der Verletzung:	
stationäre Aufnahme (Krankenhaus) <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja seit: bis voraussichtlich:	
Krankenhaus (Name, Anschrift):	
Ambulant behandelnder Arzt/Ärztin	
Name, Anschrift:	
Arbeitsunfähig	<input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja seit: bis voraussichtlich