

Fragebogen für Verkehrsunfälle

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen

Aktenzeichen des Versicherers: _____

Name des Anspruchstellers: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax/E-Mail: _____

Bankverbindung (IBAN): _____

Kontoinhaber: _____

Fahrer: _____

Name des Versicherungsnehmers (Schadensstifters): _____

Anschrift: _____

versichert bei: _____ Policen-Nr. _____

amtliches Kennzeichen: _____ Name des Fahrers: _____

Anschrift des Fahrers: _____

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

Genauere Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt oder auf Seite 3):

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

Name und Anschrift von Unfallzeugen: _____

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? _____

Unfallbericht und Aktenzeichen: _____

BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN:

Was wurde beschädigt? _____

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

Vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (lt. Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung u. ä.):

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

Tel. _____

BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN:

Typ: _____ Erstzulassung: _____

km-Stand: _____

Fahrgestell-Nr. _____ FIdent-Nr. _____

amtl. Kennzeichen: _____

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

Haftpflichtvers.: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____

Teilkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: _____

BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN:

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel. _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbstständig? ja nein

monatliches Nettoeinkommen: _____ €

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein

von wem? _____ monatl. € _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Sicherheitsgurte angelegt? ja nein

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte krankgeschrieben? ja nein vom _____ bis _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

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

ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt? _____

Ort, Datum

Unterschrift

Sonstige Angaben