

Fragebogen zum Unfallgeschehen

Hinweis:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen mit den Ihnen bekannten Daten aus. Sie können diesen Bogen per E-Mail oder Post übermitteln bzw. zu einem vorher vereinbarten Rücksprachetermin mitbringen. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich vorab in der Kanzlei melden.

I. Persönliche Angaben

1. Angaben zur Person

Name:	Beruf:
Vorname:	Telefon:
Geburtsdatum:	Telefax:
Straße:	Mobil:
Ort:	E-Mail:
Bankverbindung:	
Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="radio"/> ja/ <input type="radio"/> nein	

2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung:

Firmenadresse:	
Versicherungsnummer:	
<input type="radio"/> Vollkasko/ <input type="radio"/> Teilkasko	Rechtsschutz:
Versicherung:	Versicherungs-Nr.:
Versicherungs-Nr.:	Adresse:
Versicherungsnehmer:	Versicherungsnehmer:
Adresse:	
Selbstbehalt (Euro):	

II. Angaben zum Unfallgeschehen:

Unfalltag:	Unfallzeit:
Unfallort:	
Eigenes Kraftfahrzeug:	Gegnerisches Kraftfahrzeug:
Kennzeichen:	Kennzeichen:
Fahrzeugtyp:	Fahrzeugtyp:
Eigentümer:	Halter:
Adresse:	Adresse:
Fahrer:	Fahrer:
Adresse:	Adresse:

Ggf. Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit Halter, Leasingfahrzeug etc.)

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Firma:
Adresse:
Versicherungs-Nr.:
Schadenummer:

Zeugen (bei weiteren Zeugen bitte Beiblatt beifügen):

1. Zeuge	2. Zeuge
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:

- **Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich (bitte Beiblatt beifügen).**
- **Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze auf einem gesonderten Blatt an.**

Polizeiliche Unfallaufnahme:

Polizeidienststelle:	Aktenzeichen:
Adresse:	

III. Angaben zu Fahrzeugschäden

Fahrzeug repariert? Ja/ Nein

Wenn ja:

Mietwagen genommen? Ja/ Nein

Wenn ja: Zeitraum: _____

Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus? Ja/ Nein

Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? Ja/ Nein

Wenn ja: Gutachter bereits bezahlt? Ja/ Nein

Sicherheitsabtretung erfolgt? Ja/ Nein

IV. Angaben zu Personenschäden

Name der verletzten Personen:
Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):
Beruf und Einkommen:
Ärztliche Erstbehandlung (ggf. Bericht beifügen):
Klinik/Arzt:
Adresse:
Verletzungen:
Ärztliche Folgenbehandlung (ggf. Bericht beifügen):
Klinik/Arzt:
Adresse:
Verletzungen:
Weiter verbleibende Beschwerden:
Arbeitsunfähigkeit über _____ Wochen; ärztlich attestiert <input type="radio"/> Ja/ <input type="radio"/> Nein
Besteht eine Krankenversicherung: <input type="radio"/> Ja (gesetzlich)/ <input type="radio"/> Ja (Privat)/ <input type="radio"/> Nein
Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit: <input type="radio"/> Ja/ <input type="radio"/> Nein
Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft:

V. Weitere Unterlagen als Anhang

Bitte fügen Sie auch die als Anhang angeführten Unterlagen bei, sofern diese bei Ihnen vorhanden sind, und markieren dies jeweils mit einem Kreuz:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Schilderung des Unfallhergangs | <input type="radio"/> Unfallskizze |
| <input type="radio"/> Bilder vom Unfallort | <input type="radio"/> Gutachten/Reparaturrechnung/Kostenvoranschlag |
| <input type="radio"/> Arztbericht/ärztliches Attest | <input type="radio"/> Unterlagen der eigenen Versicherung |
| <input type="radio"/> Schweigepflichtentbindungserklärung | <input type="radio"/> Schreiben Polizeidienststelle/Visitenkarte |
| <input type="radio"/> Rechnungen ärztliche Heilkosten | <input type="radio"/> Schreiben gegnerische Haftpflichtversicherung |
| <input type="radio"/> Weitere Unterlagen | |

Datum:	Unterschrift
--------	--------------