

# 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**