

## **Unfallfragebogen**

Angaben zum Verkehrsunfall:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Ihre Fahrtrichtung: \_\_\_\_\_

Ausführliche Unfallschilderung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zeugen: (bitte möglichst mit vollständigem Namen und Anschrift aufführen)

---

---

---

---

Skizze von der Unfallstelle:

Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? Ja  Nein

Wenn ja, von welcher Dienststelle: \_\_\_\_\_

Hat die Polizei gebührenpflichtige Verwarnungen ausgesprochen? Ja  Nein

Wenn ja, gegen wen? \_\_\_\_\_

Liegt ein polizeilicher Unfallbericht vor? Ja  Nein  (Wenn ja, bitte beifügen!)

Aktenzeichen der Polizei: \_\_\_\_\_

Wurde ein Sachverständiger bestellt? Ja  Nein  Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Liegt das Gutachten bereits vor? Ja  Nein  (Wenn ja, bitte beifügen!)

Wurde ein Reparaturauftrag erteilt? Ja  Nein  Wenn ja, von \_\_\_\_\_

Haben Sie Fotos vor Ort gefertigt? Ja  Nein  (Wenn ja, bitte beifügen!)

### **Fahrzeugdaten:**

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fabrikat/Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

km-Stand: \_\_\_\_\_

Neukauf, 1. Hand, 2. Hand? \_\_\_\_\_

Geschätzte Schadenshöhe: \_\_\_\_\_

### **Persönliche Angaben Auftraggeber, Auftraggeberin: Eigentümer/Halter:**

Anrede (bitte auswählen): Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiename: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail, falls vorhanden: \_\_\_\_\_

Tagsüber telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? (z.B.: Unternehmer): Ja  Nein

Nutzen Sie das Fahrzeug ausschließlich gewerblich? Ja  Nein

**Fahrer** (nur ausfüllen, falls abweichend von Halter bzw. Eigentümer):

Anrede: Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiennamenname: \_\_\_\_\_

Bei dem Unfall verletzt worden: Ja  Nein

**Mitfahrer 1:**

Anrede: Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiennamenname: \_\_\_\_\_

Bei dem Unfall verletzt worden: Ja  Nein

**Mitfahrer 2:**

Anrede: Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiennamenname: \_\_\_\_\_

Bei dem Unfall verletzt worden: Ja  Nein

**Mitfahrer 3:**

Anrede: Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiennamenname: \_\_\_\_\_

Bei dem Unfall verletzt worden: Ja  Nein

**Ihre Versicherungsdaten:**

Haben Sie eine Verkehrsrechtsschutzversicherung: Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Höhe der Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_

**Kfz-Haftpflicht:**

Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vollkasko: Ja  Nein

Selbstbeteiligung/Höhe: \_\_\_\_\_

**Unfallgegner:**

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Marke/Typ: \_\_\_\_\_

**Halter/Eigentümer:**

Anrede auswählen: Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bei dem Unfall verletzt worden? Ja  Nein

**Fahrer:** (nur ausfüllen, wenn abweichend vom Halter)

Anrede auswählen: Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiename: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Weitere Mitfahrer: \_\_\_\_\_

**Falls bekannt, geben Sie bitte die Versicherung des Gegners an:**

Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Schadenummer: \_\_\_\_\_

Falls die Versicherungsdaten nicht bekannt sind, werden wir diese über das Kennzeichen bei den zuständigen Stellen ermitteln.

**Benötigen Sie ein Leihfahrzeug?** Ja  Nein

**Soll Nutzungsausfall geltend gemacht werden?** Ja  Nein

### **Für eventuelle Schmerzensgeldansprüche**

Sind Sie unfallbedingt verletzt worden: Ja  Nein

Liegt Arztbericht bzw. Durchgangsbericht des Krankenhauses vor? Ja  Nein

(Wenn ja, bitte beifügen!)

Sind Sie mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus verbracht worden? Ja  Nein

Bitte benennen Sie Anschrift + Name des/ der behandelnden Arztes/ Ärzte:

---

---

---

---

Waren Sie auf dem Weg zur Arbeit oder sind Sie von der Arbeit gekommen als sich der Unfall ereignet hat? Ja  Nein

Waren Sie angeschnallt? Ja  Nein

Sind oder waren Sie unfallbedingt arbeitsunfähig? Ja  Nein

Wenn ja, für welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_

(Bitte ggfs. AU-Bescheinigung beifügen!)

Wie lautet die ärztliche Diagnose? \_\_\_\_\_