

Verkehrsunfall-Fragebogen

Unfalldatum Unfallzeit Uhr

Unfallort

1. Ihre Angaben

Name Geburtsdatum

Beruf:

Anschrift:

Telefon: Telefon mobil

E-Mail: Konto (IBAN)

Haftpflicht VS-/Schadensnr. VN

Vollkasko Teilkasko

Rechtsschutz VS-/Schadensnr. VN

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

2. Schädiger/in

Name Versicherte/r

Anschrift

Haftpflichtversicherung VS-/Schadensnr.

amtl. Kennzeichen

Fahrer/in

3. Unfallschilderung (vorläufig)



4. Andere Unfallbeteiligte

Name Anschrift
Telefon E-Mail
In welcher Weise beteiligt?

Name Anschrift
Telefon E-Mail
In welcher Weise beteiligt?

Name Anschrift
Telefon E-Mail
In welcher Weise beteiligt?

Gibt es weitere Unfallbeteiligte, so bitte ich um Benennung auf einem Extra-Blatt.

5. Unfallzeugen

Name Anschrift
Telefon E-Mail
Etwaige Anmerkungen

Name Anschrift
Telefon E-Mail
Etwaige Anmerkungen

Name Anschrift
Telefon E-Mail
Etwaige Anmerkungen

Gibt es weitere bekannte Zeugen, so bitte ich um Benennung auf einem Extra-Blatt.



6. Unfallaufnahme (Polizei)

Polizei-Dienststelle:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon

Fax

Vorgangsummer:

Zuständige/r Beamte/r:

7. Angaben zu Ihrem beschädigten KFZ

Eigentümer des Fahrzeugs (sofern Sie es nicht selbst sind):

Vorschäden:

Hersteller:

Typ:

Baujahr:

km-Stand:

amtl. Kennzeichen:

Anzahl der Vorbesitzer:

Beschreibung des Schadens (zur Schadenshöhe siehe unten Ziff. 8)

Anzahl Nutzungsausfalltage:



Reparatur-Werkstatt:

Straße:

PLZ, Ort:

Besichtigungsort:

Auftragsnummer

Gutachter (Name):

Straße:

PLZ, Ort:

Aktenzeichen

8. Schaden (soweit bereits bekannt)

a) Sachschaden

Pos.	Bezeichnung	Forderung	Zahlung
1	Reparaturkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Wertminderung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Sachverständigenkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Nutzungsausfall	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Pauschale für unfallbedingte Wege	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Mietwagenkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Abschleppkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Sonstiger Sachschaden	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Gesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) Personenschaden

Pos.	Bezeichnung	Forderung	Zahlung
1	Heilungskosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Kuraufenthalt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Vermehrte Bedürfnisse	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Pos.	Bezeichnung	Forderung	Zahlung
4	Erwerbsschaden		
5	Schmerzensgeld		
6	Haushaltführungsschaden		
7	Sonstiger Personenschaden		
	Gesamt		

c) Sonstiger Schaden

Bitte geben Sie hier etwaige weitere Schadenspositionen an, die in den obigen Tabellen noch nicht berücksichtigt sind.

Pos.	Bezeichnung	Forderung	Zahlung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
	Gesamt		

Hinweis gem. § 33 BDSG: Ihre Daten werden elektronisch gespeichert.

Mit der unverschlüsselten Kommunikation per E-Mail bin ich einverstanden.
(bitte ggfls. ankreuzen)

Datum

Unterschrift

