

# Unfallfragebogen

<b>Unfallort:</b>
<b>Unfalltag:</b> <b>Unfallzeit:</b>

<b>Anspruchsteller / Halter:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<b>Gegner / Halter:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Straße:
Straße:	PLZ, Ort:
PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
Email:	

<b><u>Bankverbindung:</u></b>	
IBAN:	Kontoinhaber:
BIC:	
Bank:	Unterschrift: _____

<b>Fahrer:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<b>Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:</b>
Name:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:

Kfz-Kennzeichen:	Fahrzeug (Marke, Typ):
versichert bei:	Kfz-Kennzeichen:
VS-Nr.:	versichert bei:
	VS-Nr.:

<b>Rechtsschutzversicherung:</b>	<b>Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?</b>
versichert bei:	
VS-Nr.:	Anschrift:
VN:	
Stellung zu Mdt:	
	Aktenzeichen:

**Unfallzeugen:**

Name und Anschrift:

---

---

---

weitere, am Unfall beteiligte Personen:

---

---

---

**Angaben zum beschädigten Fahrzeug:**

Fahrzeugart:

Marke, Typ:

Baujahr:

km-Stand:

Erstzulassung:

gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja / nein

besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja / nein

Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_ €

Reparaturdauer:

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:

**Art und Umfang der Fahrzeugschäden:**

**Datum:**

**Unterschrift:**

**Bei Personenschäden zusätzlich angeben:**

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Name: Vorname: Geburtsdatum: Straße: PLZ, Ort: Familienstand: Zahl + Alter der Kinder: Krankenkasse (Name/Ort): KV-Nr.: Rechtsschutzversicherung: VS-Nr.: VN: Stellung zu Mdt:	ausgeübter Beruf: selbstständig? ja / nein monatliches Nettoeinkommen _____ € Anschrift des Arbeitgebers:  Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein  IBAN: BIC: Bank: Kontoinhaber: Unterschrift: _____
<b>Hauskrank geschrieben</b> vom: bis:	<b>Krankenhausaufenthalt</b> vom: bis:
<b>Anschrift des behandelnden Arztes:</b> Name: Straße: PLZ, Ort:	<b>Anschrift des Krankenhauses:</b> Name: Straße: PLZ, Ort:

<b>weitere behandelnde Ärzte:</b> Name: Straße: PLZ, Ort:	<b>weitere behandelnde Ärzte:</b> Name: Straße: PLZ, Ort:
--	--

<b>Strafantrag wg. Körperverletzung stellen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--

<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>
---------------	----------------------

**Unfallschilderung:**

**Unfallskizze:**