

## 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>Bankverbindung:</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:
Telefonnummer:	
E-Mail:	

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

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

Leasingfahrzeug? ja / nein

Fahrzeug finanziert? ja / nein

Vollkasko ja / nein

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:

**Informationen zur Schadenabwicklung:**

Gutachten

Totalschaden

Reparaturschaden

Kostenvoranschlag

Reparaturabsicht

Werkstatt/selbst

Fremdrechnungen  
direkt bezahlen?

**Datum:**

**Unterschrift:**

**Unfallschilderung:**

**Unfallskizze:**

Rechtsanwälte Kreißl & Kollegen

**Bei Personenschäden zusätzlich angeben:**

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Name: Vorname: Geburtsdatum: Straße: PLZ, Ort: Telefonnummer: E-Mail: Familienstand: Zahl + Alter der Kinder: 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: <input type="checkbox"/> selbst bis: <input type="checkbox"/> RW
<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>
---------------	----------------------