

Unfallfragebogen

Unfallort:	
Unfalltag:	Unfallzeit:

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

Bankverbindung:	
IBAN:	Kontoinhaber:
BIC:	
Bank:	Unterschrift: _____

Fahrer: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:
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.:

Rechtsschutzversicherung:	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?
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: _____
Hauskrank geschrieben vom: bis:	Krankenhausaufenthalt vom: <input type="checkbox"/> selbst bis: <input type="checkbox"/> RW
Anschrift des behandelnden Arztes: Name: Straße: PLZ, Ort:	Anschrift des Krankenhauses: Name: Straße: PLZ, Ort:

weitere behandelnde Ärzte: Name: Straße: PLZ, Ort:	weitere behandelnde Ärzte: Name: Straße: PLZ, Ort:
--	--

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

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------