

## Fragebogen zum Verkehrsunfallschaden

### **Halter des beschädigten Fahrzeugs:**

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

Rechtsschutzversicherung (*Gesellschaft und VS-Nr.*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt (*Ja/Nein*)?: \_\_\_\_\_

### **Fahrzeug:**

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Marke/Fabrikat/Typ: \_\_\_\_\_

Tag der Erstzulassung: \_\_\_\_\_

Fahrzeug ist fahrbereit/verkehrssicher (*Ja/Nein*)?: \_\_\_\_\_

Schadensnachweis per (*Gutachten/KV/Reparaturrechnung*)?: \_\_\_\_\_

Eigene Haftpflichtversicherung (*Gesellschaft und VS-Nr.*)?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vollkasko (*Ja/Nein*): \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung (Euro): \_\_\_\_\_

1. Ist das Fahrzeug sicherheitsübereignet oder geleast (*Ja/Nein*)?: \_\_\_\_\_

2. Falls Ja, bitte ich um Übersendung einer Freigabeerklärung der finanzierenden Bank oder des Leasinggebers.

**Unfallgeschehen:**

Unfallort (Straße/PLZ/Höhe Hausnummer)?: \_\_\_\_\_

Unfalltag (Datum)?: \_\_\_\_\_ Unfallzeit (Uhrzeit/ca.)?: \_\_\_\_\_

(Vor- und Nach-)Name und Anschrift (Straße/PLZ) von Zeugen (ggf. Telefonnummer):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfall wurde polizeilich aufgenommen (Ja/Nein)?: \_\_\_\_\_

1. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen (Ja/Nein)?: \_\_\_\_\_

2. Falls Ja, Dienststelle: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

3. Falls Nein, übersende ich Fotos zum Unfallgeschehen.

**Unfallgegner/Schädiger:**

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Marke/Fabrikat/Typ: \_\_\_\_\_

Fahrzeughalter (falls abweichend)?: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung (Gesellschaft und VS-Nr. ggf. Schadennummer)?:

\_\_\_\_\_

**Personenschäden:**

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Fahrzeughalter (*falls abweichend*)?: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung (*Gesellschaft und VS-Nr. ggf. Schadennummer*)?:

\_\_\_\_\_

Selbstständig (*Ja/Nein*)?: \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt (*Ja/Nein*)?: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte, Name und Anschriften:

Krankschreibung von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Berufs- oder Wegeunfall (*Ja/Nein*)?: \_\_\_\_\_

**Ggf. weitere Schadenspositionen:**

Sachverständigenkosten (*Name und Anschrift des Gutachters*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abschleppkosten (Name und Anschrift des Abschleppunternehmens): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mietwagen (Name und Anschrift des Mietwagenunternehmens): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kleidung, Helm, Brille, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Standgeld
- Krankentransport, Behandlungskosten, Eigenbeteiligung, Zuzahlungen, etc.

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. Unterschriebene Vollmacht, 2. Schilderung des Unfallhergangs und 3. Unfallskizze, 4. Unfallfotos etc. ggf. bitte per E-Mail übersenden!**