

**UNFALLDATEN – FRAGEBOGEN**

*Es müssen nur die Daten ausgefüllt werden, die sich nicht aus beigefügten Anlagen ergeben !*

Unfalldatum/Uhrzeit : \_\_\_\_\_

Wo war Unfall (Ort/Straße) : \_\_\_\_\_

**Bitte schildern Sie den Unfallhergang und fertigen eine Skizze**

**Wer ist Geschädigter ?**

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

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienst: \_\_\_\_\_ Funk: \_\_\_\_\_

Bank : \_\_\_\_\_

Kontonummer : \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

**Wer hat mein Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt gefahren ?**

*(Nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit dem Geschädigten)*

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

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienst \_\_\_\_\_ Funk: \_\_\_\_\_

**Angaben zum eigenen beschädigten Fahrzeug**

amtliches Kennzeichen : \_\_\_\_\_

Hersteller : \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_

Datum der Erstzulassung : \_\_\_\_\_ km-Stand \_\_\_\_\_

Leasinggeber/finanzierende Bank : \_\_\_\_\_

Wird das Fahrzeug gewerblich genutzt / Vorsteuerabzugsberechtigung ? Ja

Reparaturwerkstatt : \_\_\_\_\_

Sachverständiger : \_\_\_\_\_

jetziger Standort des Fahrzeuges : \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung : \_\_\_\_\_

Versicherungsschein Nr. / Schaden Nr. : \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkaskoversicherung ? Ja Selbstbeteiligung: € \_\_\_\_\_

Besteht eine Teilkaskoversicherung ? **Ja** Selbstbeteiligung: €

Rechtsschutzversicherung: Versicherungsschein Nr.

**Ist der Unfall durch die Polizei aufgenommen worden ?**

Name der Polizeidienststelle :

Anschrift :

Vorgangs- / Tagebuchnummer :

**Wem gehört das andere am Unfall beteiligte Fahrzeug (Halter) ?**

Name / Vorname :

Anschrift :

Kfz-Kennzeichen :

Haftpflichtversicherung :

**Wer hat das Fahrzeug des Unfallgegners gefahren (Fahrer) ?**

*(Nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit dem Unfallgegner)*

Name / Vorname :

Anschrift :

**Wer kommt als Unfallzeuge in Betracht ?**

*(auch Ehepartner, Lebensgefährten, Beifahrer)*

1. Name / Vorname :

Anschrift :

2. Name / Vorname :

Anschrift :

**Bei Verletzung bitte ausfüllen :**

Verletzung :

stationärer Behandlung von : bis :

Arbeitsunfähigkeit von : bis :

**Wer hat als erster die Verletzung behandelt ?**

Name des Arztes / Krankenhauses :

Anschrift :

**Wo bin ich weiter behandelt worden ?**

Name des Arztes / Krankenhauses :

Anschrift :