

FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER

1. persönliche Daten Geschädigter (Eigentümer siehe Eintragung Zulassungsbescheinigung Teil II):

1.1 Vorname, Name: _____

1.2 Anschrift: _____

1.3 Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

1.4 E-Mail: _____

1.5 Bankverbindung: Name der Bank: _____
 IBAN: _____
 BIC: _____
 Kontoinhaber: _____

1.6 Vorsteuerabzugsberechtigung: ja nein

1.7 Rechtsschutzversicherung: ja nein
(Kopie Rechtsschutzversicherungsschein)
falls ja: Versicherungsgesellschaft: _____
 Versicherungsschein-Nr.: _____
 Versicherungsnehmer: _____

2. persönliche Daten Fahrer: (falls identisch mit 1. nicht ausfüllen!)

2.1 Vorname, Name: _____

2.2 Anschrift: _____

2.3 Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

2.4 Personenschaden: ja nein
falls ja: (bitte 8. +9. Personenschäden ausfüllen)

3. Daten zum eigenen KfZ (Unfallfahrzeug): (Zulassungsbescheinigung Teil I und Teil II)

3.1 Marke/Typ: _____

3.2 amtl. Kennzeichen: _____

3.3 Leasingfahrzeug: ja nein
(Leasingvertrag + Leasingbedingungen)
falls ja: Leasinggeber: _____
 Vertragsnummer: _____

3.4 finanziertes Fahrzeug: ja nein
(Finanzierungsunterlagen)
falls ja: Finanzierungsbank: _____
Vertragsnummer: _____

3.5 Vollkaskoversicherung: ja (Selbstbeteiligung: _____) nein
falls ja: Versicherungsgesellschaft: _____
Versicherungs-Nr.: _____

3.6 Erstzulassung: _____

3.7 scheckheftgepflegt: ja nein
(Kopie Scheckheft)

3.8 Vorschäden: _____

3.9 Vorschäden repariert: ja nein

3.10 Können Sie Ihr Unfallfahrzeug nach dem Unfall weiter nutzen? ja nein

3.11 Sachverständigengutachten: ja (Datum: _____) nein
(vollständiges Sachverständigengutachten nebst Gutachterrechnung)

3.12 Gutachter: _____

3.13 nur Kostenvoranschlag inkl. Fotos: ja nein

3.14 Werkstatt: _____

3.15 Mietwagen: ja nein falls ja: Unternehmen: _____

(Kopie Mietwagenrechnung)

3.16 Fahrzeug abgeschleppt: ja nein falls ja: Unternehmen: _____

(Kopie Abschlepprechnung)

3.17 Wie wird mit dem Unfallfahrzeug weiter verfahren?
 keine Reparatur (aber Weiternutzung)
 Reparatur durch Werkstatt anhand Gutachten (Reparaturtermin: _____)
 günstigere Reparatur (selbst, durch Bekannte, Billig-/Teilreparatur)
 Verkauf und Ersatzbeschaffung (Kauf neues Fahrzeug)

4. persönliche Daten Schädiger (Halter Unfallgegner):

4.1 Vorname, Name: _____

4.2 Anschrift: _____

4.3 Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

5. persönliche Daten Fahrer (Unfallgegner): (falls identisch mit Halter nicht ausfüllen!)

5.1 Vorname, Name: _____

5.2 Anschrift: _____

5.3 Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

6. Daten zum gegnerischen KfZ:

6.1 Marke/Typ: _____

6.2 amtl. Kennzeichen: _____

6.3 Versichert bei (Versicherungsgesellschaft): _____

6.4 Versicherungsschein-Nr.: _____

6.5 ggf. Schaden-Nr.: _____

7. Angaben zum Verkehrsunfall:

7.1 Unfalldatum/Unfallzeit: _____

7.2 Unfallort /Straße /Kreuzung: _____

7.3 Unfallschilderung ggf. Skizze (auf extra Blatt):

7.4 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: ja nein

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

Vorname, Name: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

7.5 Unfallzeugen: ja nein

Vorname, Name: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

Vorname, Name: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer (Festnetz / Handy): _____

7.6 Aufnahme durch Polizei: ja nein
aufnehmende Polizeidienststelle: _____
Aktenzeichen der Polizei: _____

7.7 Wegeunfall (Arbeitsweg): ja nein
(falls ja bitte 8.6 ausfüllen)

7.8 Arbeitsunfall : ja nein

8. Angaben zur verletzten Person, Fahrer/weitere Insassen eigenes KfZ (Personenschäden):

8.1 Vorname, Name: _____

8.2 Anschrift: _____

8.3 Geburtsdatum: _____

8.4 Familienstand/Kinder: _____

8.5 Beruf: _____

Nebentätigkeit: _____

8.6 Berufsgenossenschaft: _____

9. Angaben zu Verletzungen (Personenschäden):

(alle ärztlichen Berichte, Atteste, AU-Bescheinigungen, Quittungen Zuzahlungen)

9.1 Art und Umfang der Verletzungen: (falls vorhanden Diagnose Arztbericht o.Ä.)

9.2 Krankenhausaufenthalt:

vom _____ bis _____ (voraussichtlich)

9.3 Name und Anschrift des Krankenhauses (Daten Arzt auch):

9.4 Ambulant behandelnde Ärzte (vollständiger Name und Anschrift):

9.5 Hauskrank geschrieben (Arbeitsunfähigkeit):

vom _____ bis _____ (voraussichtlich)

Vielen Dank!