

Unfallregulierung – Fragebogen - mit Personenschäden ohne Personenschäden

Eigene Daten/Anspruchssteller/Halter des verunfallten Fahrzeugs:

1.1 Name

1.2 Anschrift:

Tel.:

ich bin mit unverschlüsselten Emails einverstanden an folgende Adresse:

Email an:

1.3 Bankverbindung/Konto:

Kontoinhaber:

1.4 Fahrer zum Unfallzeitpunkt:

2.1 Name des Unfallgegners (Schadenstifter/Gegner):

2.2 Anschrift:

Tel.:

2.3 Versichert bei:

2.4 Policen-Nr.:

2.5 Name und Anschrift des Fahrers zum Unfallzeitpunkt:

2.6 Amtliches Kennzeichen von Gegner:

3.1 Unfallort:

Straße:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Straßenzustand: trocken feucht nass Schnee Eisglätte

3.2 Genaue Unfallschilderung – Skizze bitte auf einem besonderen Blatt:

3.3 Name und Anschrift der Unfallzeugen:

3.4 Polizeidienststelle die den Unfall aufgenommen hat:

Aktenzeichen:

4. Schäden:

4.1 Kennzeichen des beschädigten Kfz:

4.2 Eigentümer der beschädigten Sache:

Fahrzeug geleast? Ja Nein

Fahrzeug finanziert? Ja Nein

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt /Betriebsfahrzeug? Ja Nein

4.4 Voraussichtl. Höhe des Schadens/Schadensnachweis:

Feststellung durch: Gutachten Kostenvoranschlag Rechnung

(betreffendes bitte beifügen oder nachreichen)

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

4.6. Wird das Fahrzeug repariert: Ja Nein noch offen

4.7. wird ein Leihfahrzeug benötigt? Ja Nein noch offen

5. Bei beschädigten Kfz/LKW/Krad

5.1. Amtl. Kennzeichen:

5.2 Versicherung und Policen-Nr. bei der das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt versichert ist:

Haftpflichtversicherung: Selbstbeteiligung: € Nr.:

Vollkaskoversicherung: Selbstbeteiligung: € Nr.:

Teilkasko-Versicherung: Selbstbeteiligung: € Nr.:

Rechtsschutz-Versicherung: Selbstbeteiligung: € Nr.:

Nur auszufüllen, wenn Personen beim Unfall verletzt wurden.

Zum Unfall vom: _____

6. Bei Inanspruchnahme von Personenschäden Adresse und Namen sofern abweichend von Seite 1.

6.1 Name des Verletzten Unfallbeteiligten:

6.2 Anschrift:

Unfallbeteiligung als: Fahrer Beifahrer Mitfahrer/Rücksitz

6.3 Geburtsdatum:

Familienstand: led.: vh.: Zahl der Kinder:

6.4 Ausgeübter Beruf:

selbständig: Ja Nein

Mtl. Nettoeinkommen: €

6.5 Name und Anschrift des Arbeitgebers:

6.6 Der Verletzte bezieht unabhängig von diesem Unfall eine Rente: Ja Nein

Von _____ monatl.: €

7.1 Art und Umfang der Verletzung:

7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

7.3 Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses:

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte/Hausarzt/Adresse:

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?

Ja Nein Vom: _____ bis(voraussichtlich): _____

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

7.11 Bei welcher Anstalt:

Bei mehreren Verletzten bitte Fragen 6 – 7 für jede verletzte Person einzeln ausfüllen.

Per Email: gerne Unfallfotos, Fotos vom Schaden u.a.