

Unfallregulierung – Fragebogen - mit Personenschäden  ohne Personenschäden

**Eigene Daten/Anspruchssteller/Halter des verunfallten Fahrzeugs:**

1.1 Name/ Kunde /Mandant

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 E-Mail: gerne Fotos von Unfallort, von den Verletzungen u.a. mitsenden