

## Fragebogen zum Verkehrsunfall

### I. Mandant/Anspruchsteller

#### 1. Zur Person

Name:	
Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefonnummer:	
Faxnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Geburtsdatum:	

Rechtsschutzversicherung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name:		
Versicherungsnummer:		
Selbstbeteiligung:		

Haftpflichtversicherung:	Vollkasko <input type="checkbox"/>	Teilkasko <input type="checkbox"/>
Name:		
Versicherungsnummer:		
Selbstbeteiligung:		

#### 2. Zum Fahrzeug

Fahrzeugtyp:	
Amtliches Kennzeichen:	
Baujahr:	
KM-Stand:	
Erstzulassung:	

Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? (bitte Leasingvertrag mitbringen)	
Name des Fahrer (falls abweichend):	
Anschrift des Fahrers:	

## II. Unfall-/Anspruchsgegner

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Amtliches Kennzeichen:	
Telefonnummer:	
Versicherung:	
Versicherungsnummer:	
Fahrzeugtyp:	
Amtliches Kennzeichen:	
Name des Fahrers (falls abweichend):	
Anschrift des Halters (falls abweichend):	

## III. Unfallhergang

Unfalltag/Unfalluhrzeit:	
Unfallort:	
Unfallhergang:	
Aufnahme des Unfalls durch die Polizeidienststelle:	
Aktenzeichen:	

**IV. Unfallzeugen (Namen, Anschriften, Telefon-Nr.):**

**V. Schäden**

Beschädigte Sache:		
Liegt bereits ein Schadensgutachten/eine Reparaturechnung/ein Kostenvoranschlag vor (wenn ja, bitte in Kopie mitbringen oder als Anlage beifügen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Personenschäden (bitte Einzelheiten/Nachweise/Arztbriefe mitbringen oder als Anlage beifügen):	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krankenhausaufenthalt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Behandelnder Arzt bei ambulanter Versorgung:		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift