



## Angaben über meinen Verkehrsunfall

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und übersenden uns diesen postalisch oder per E-Mail, um uns einen ersten Überblick zu dem Sachverhalt Ihres Verkehrsunfalles zu geben und die zügige Bearbeitung Ihrer Angelegenheit zu gewährleisten. Die von Ihnen angegebenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung dieses Auftrages gespeichert. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

#### Angaben zum eigenen Fahrzeug

KFZ-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_

Halter: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_

Leasing-Fahrzeug?  ja  nein

Wenn ja:

Leasingbank: \_\_\_\_\_

Kundennr.: \_\_\_\_\_

Fahrzeug finanziert?  ja  nein

Wenn ja:

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

Kundennr.: \_\_\_\_\_

Eigene KFZ-Versicherung:

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Ggf. Schadenr.: \_\_\_\_\_

Kasko:  Vollkasko  
 Teilkasko  
 nur Haftpflicht

#### Angaben zum gegnerischen KFZ

KFZ-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_

Halter: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

KFZ-Versicherung: \_\_\_\_\_

#### Unfallskizze/-schilderung

**Angaben zum Unfallgeschehen** (nur wenn **keine** Unfallmitteilung vorliegt):

Unfalltag/-datum: _____ Unfallort: _____ _____	Fotos vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wenn ja, bitte (in Kopie) beifügen / per Mail übersenden.  Weitere Unterlagen?    Wenn ja, welche? _____ _____ _____
--	--

**Angaben zu Fahrzeugschäden**

Fahrzeug bereits repariert?

ja                       nein

Gutachter bereits beauftragt?

ja                       nein

Mietwagen genommen?

ja                       nein

Wenn ja, Werkstatt bereits bezahlt?

ja                       nein

Wenn ja, Gutachter bereits bezahlt?

ja                       nein

Wenn ja,

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Angaben zu Personenschäden**

Verletzten Person: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

Beruf und Einkommen: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit?     ja     nein

Wenn ja, vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

Liegen Arzt- bzw. Entlassungsberichte vor?

ja                       nein

Wenn ja, überreichen Sie uns bitte entsprechende Kopien.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift