

Verkehrsunfall-Fragebogen

Rechnungen und sonstige Belege bitte beifügen

I. Angaben zum eigenen Fahrzeug:

Eigentümer: (Name / Anschrift)	<input type="text"/>		
Telefon (Festnetz) :	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
Mehrwertsteuer: Berechtigung zum Vorsteuerabzug?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht Leasing?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankverbindung: Name Ihrer Bank	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrer (Name / Anschrift) (sofern vom Eigentümer abweichend)	<input type="text"/>		
Rechtsschutzversicherung	<input type="text"/>	PolicenNr:	<input type="text"/>
Ihr Kfz-Kennzeichen	<input type="text"/>	Kfz-Marke	<input type="text"/>
Wo ist Ihr Kfz haftpflichtversichert?	<input type="text"/>	PolicenNr:	<input type="text"/>
Vollkasko?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilkasko?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer hat das Kfz begutachtet?	<input type="text"/>		

II. Informationen zum Unfall

Unfallort	<input type="text"/>	
Unfalltag	<input type="text"/>	Unfallzeit <input type="text"/>
Name u. Anschrift von Zeugen	<input type="text"/>	
Polizeidienststelle + Aktenzeichen	<input type="text"/>	
Genaue Unfallschilderung Von wo nach wo fahren Sie? Von wo nach wo fuhr der Unfallgegner Geschwindigkeiten Straßenverhältnisse	<input type="text"/>	

Weiter auf Seite 2 / Rückseite

III. Angaben zum Unfallgegner:

Name u. Anschrift des Versicherungsnehmers	<input type="text"/>		
Name u. Anschrift des Fahrers (sofern abweichend)	<input type="text"/>		
Kfz- Kennzeichen	<input type="text"/>	Kfz-Marke:	<input type="text"/>
Versichert bei:	<input type="text"/>		
Policen-Nr.:	<input type="text"/>		

VI. Personenschäden

Name u. Anschrift des Verletzten:	<input type="text"/>		
Telefonnummer (Festnetz):	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>		
Rechtsschutzversicherung?	<input type="text"/>	PolicenNr:	<input type="text"/>
Welche Verletzungen wurden festgestellt?	<input type="text"/>		
War der Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anschrift des Krankenhauses:	<input type="text"/>		
Krankenhausaufenthalt von – bis	<input type="text"/>		
Ambulant behandelnder Arzt	<input type="text"/>		
Ist der Verletzte arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Von bis	<input type="text"/>
Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Krankenkasse des Verletzten	<input type="text"/>		
Welche BG ist zuständig?	<input type="text"/>		
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo?	<input type="text"/>

Wichtige Unterlagen nicht vergessen (diese finden Sie auf unserer Internetseite):

- Vollmacht
- Schweigepflichtentbindungserklärung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an: j.salfeld@salfeld-kollegen.de