

Fragebogen für Geschädigte

Name _____
Anschrift _____
Mobil _____ Tel. _____
E-Mail _____
IBAN: _____ Bank/BIC _____
Familienstand _____ Tätigkeit/Einkommen (netto) _____
Vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden (Bitte Kopie der Zulassungsbescheinigung Teil I und II beifügen)

Bauart _____ Hersteller _____
Typ _____ kW/PS/Hubraum _____
Fzg.-Ident-Nummer _____ Kennzeichen _____
Erstzulassung _____ Km-Stand _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____
Ist das Fahrzeug geleast oder finanziert? nein ja, von _____
Finanzierungs-/Leasingnummer _____

Weitere Sachschäden (Brille, Mobiltelefon o.ä.)? _____

Höhe der Reparaturkosten (Gutachten, Kostenvoranschlag, Rechnung)? _____ €
Voraussichtliche Reparaturdauer _____
Wo befindet sich das Fahrzeug (wg. Besichtigung)? _____
Soll die Reparatur in Werkstatt durchgeführt werden? nein ja
Wird Mietwagen benötigt? nein ja

Haftpflicht-Versicherung _____ Nr. _____
Vollkasko-Versicherung? nein ja; Selbstbeteiligung _____ €
Soll die Vollkaskoversicherung in Anspruch genommen werden? ja nein

Teilkasko-Versicherung? nein ja; Selbstbeteiligung _____ €

Rechtsschutzversicherung _____ Nr. _____ SB _____ €

Unfallgegner

Name des Versicherungsnehmers/Halters _____
Anschrift _____
Tel. _____
Versicherung _____ VS-Nr. _____
Kennzeichen _____ Schadennummer: _____

Name des Fahrers _____
Anschrift des Fahrers _____
Tel. _____

Fragebogen für Geschädigte

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten _____

Anschrift _____

Mobil _____ Tel. _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Zahl/Alter der Kinder _____

berufl. Tätigkeit _____ selbständig ja nein

Monatliches Nettoeinkommen _____ EUR

Name des Arbeitgebers _____

Anschrift _____ Tel. _____

Bezieht der Verletzte eine Rente? nein ja, von _____ monatl. _____ EUR

Art und Umfang der Verletzungen _____

Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Krankenhausaufenthalt nein ja, vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses _____

Ambulant behandelnde Ärzte _____

Ist der Verletzte krankgeschrieben? nein ja, vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit (Schule etc.)? ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt? _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Anlage: Unfallskizze