

Fragebogen Unfallschaden – Fax: 04 21 / 79 42 50-15

(Bitte füllen Sie die mit* gekennzeichneten Felder unbedingt aus)

GESCHÄDIGTE / GESCHÄDIGTER

Name, Vorname:*

Anschrift:*

Telefon (tagsüber):* Mobil:

E-Mail: Fax:

Amtl. Kennzeichen:*

Fahrzeug finanziert oder geleast:* Ja Nein Bank & Vertrags-Nr.:*

Es wurde gefertigt: Sachverständigengutachten Kostenvoranschlag mit Lichtbildern Reparaturrechnung

Körperverletzungen: Ja Nein Behandelnder Arzt mit Anschrift: _____

Vollkasko: Ja Nein Selbstbeteiligung: € _____

Vorsteuerabzugsberechtigung des Fahrzeughalters:* Ja Nein Mietwagen/Abtretungserklärung*: ja nein

Kunden-Nr. des Autohauses:* _____ Ansprechpartner Autohaus: _____

UNFALLGEGNER (SOWEIT BEKANNT)

Amtl. Kennzeichen:*

Name, Vorname:

Anschrift:

Versicherung:

Versicherungs-Nr./ Schaden-Nr.:

Unfallort (Straße / Ort):

Unfalltag –uhrzeit:

Polizei am Unfallort: Ja Nein Dienststelle/ Aktenzeichen o. Tagebuch-Nr.:

Zeugen: Ja Nein Anschrift: _____

UNFALLHERGANG

Auffahrunfall: Spurwechsel: Abbiegevorgang: Vorfahrtsverletzung: Stehenden/geparkten PKW angefahren:

Sonstiges zum Unfallhergang: _____

Ich wünsche als Geschädigter die Unfallabwicklung durch einen Anwalt