

# Unfallfragebogen - Haftpflichtschadenfall

Bitte ausgefüllt zurück an: [schaden@fair-claim.de](mailto:schaden@fair-claim.de)



Reparaturbetrieb:

A Angaben zum Geschädigten:		
1	Fahrzeughalter:	<input type="text"/>
		Vorname, Name oder Firma
2	Fahrzeughalter, Anschrift:	<input type="text"/>
		Straße und Hausnummer
3	Fahrzeughalter, Kontaktdaten:	<input type="text"/>
		Telefonnummer
4	Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Bitte ankreuzen
5	(Optional) weiterer Beteiligter: <i>(z.B. Beifahrer)</i>	<input type="text"/>
		Vorname Name
6	Anschrift des Beteiligten:	<input type="text"/>
		Straße und Hausnummer
7	Kontaktdaten des Beteiligten:	<input type="text"/>
		Telefonnummer / Mobilnummer

5	Ihr Fahrzeug:	<input type="text"/>
		Kennzeichen
6	Versicherungsschutz an Ihrem Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> nur Haftpflicht (Zutreffendes bitte ankreuzen)
		Name Ihrer Versicherung
7	Eigentumsverhältnisse: <b>Name Leasinggesellschaft / Bank und Vertragsnummer: (wichtig!)</b>  Ohne diese Daten kann keine Freigabe eingeholt werden!	<input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Finanzierung (Zutreffendes bitte ankreuzen)
		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Firma (zum Vorsteuerabzug berechtigt) (Zutreffendes bitte ankreuzen)
8	Kontodaten <small>(Für Zahlungen an den Geschädigten, wie z.B. Unkostenpauschale, Wertminderung, Nutzungsausfall etc.)</small>	IBAN
		Name der Bank

B Angaben zum Unfallgegner / Unfallgeschehen:		
1	Wann hat sich der Unfall ereignet?	<input type="text"/>
		Datum
2	Wo hat sich der Unfall ereignet?	<input type="text"/>
		Postleitzahl und Ort
3	Unfallgegner Fahrzeug:	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> LKW <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Krad <input type="radio"/> Fahrrad <input type="radio"/> sonstiges
		Kennzeichen ( <b>unbedingt angeben</b> )
		Art des Fahrzeugs (Zutreffendes bitte ankreuzen)

# Unfallfragebogen - Haftpflichtschadenfall



4	Unfallgegner Daten:		
		Vorname, Nachname	
		Adresse	
5	Unfallgegner Versicherung: (Schadennummer, wenn vorhanden)		
		Versicherung, Versicherungs- oder Schadennummer	
6	Wurde der Unfall <b>polizeilich</b> erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Polizeidienststelle, Ort, ggf. Aktenzeichen	
7	Gibt es <b>Unfallzeugen</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>
		Rolle (bitte ankreuzen / ausfüllen, Mehrfachangaben möglich)	
		Weitere Angaben zu Zeugen: <input type="text"/>	
Falls ja, Name, Anschrift und Telefon des / der Zeugen			
8	Wie hat sich der Unfall ereignet?	<input type="checkbox"/> Unfallgegner fuhr gegen mein parkendes Fahrzeug <input type="checkbox"/> Unfallgegner nahm mir die Vorfahrt <input type="checkbox"/> Unfallgegner fuhr auf mein Heck <input type="checkbox"/> Unfallgegner stand vor mir und setzte zurück <input type="checkbox"/> Unfallgegner wechselte den Fahrstreifen <input type="checkbox"/> Unfall auf dem Bereich eines Parkplatzes	
		<input type="text"/> Hergangsbeschreibung, Skizze ggf. auf einem separaten Blatt	

C Angaben zum weiteren Vorgehen			
1	Sachverständiger bereits beauftragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
		Bitte ankreuzen	
2	Fahrzeug noch fahrbereit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bedingt	
		Zutreffendes bitte ankreuzen	
3	Wurde Ihr Fahrzeug abgeschleppt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
		Bitte ankreuzen	
			Abgeschleppt von - nach
4	Wird ihr Fahrzeug repariert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="text"/>
		(Zutreffendes bitte ankreuzen)	
5	Benötigen Sie einen Mietwagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="text"/>
		Zutreffendes bitte ankreuzen	

D Personenschaden?				
1	Wurde beim Unfall jemand verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="text"/>	
		Bitte ankreuzen		Vorname und Name(n) des/der Verletzten
				Rolle (z.B. Beifahrer)