

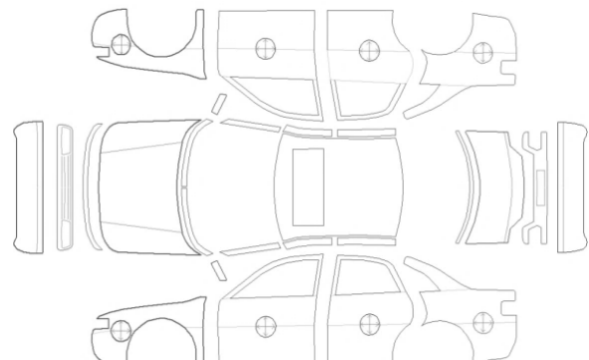
Unfallfragebogen - Haftpflichtschadenfall

Bitte bestmöglich ausgefüllt zurück an: schaden-autounfall@rufas.de

A Angaben zum Geschädigten:			
1	Fahrzeughalter:	<input type="text"/>	
		Vorname, Name oder Firma (Geschäftsführer)	
2	Fahrzeughalter, Anschrift:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
3	Fahrzeughalter, Kontaktdaten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Telefonnummer	Mobilnummer
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		alternative Telefonnummer	E-Mail Adresse
4	Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte ankreuzen	<input type="text"/> Name Ihrer Versicherung
			<input type="text"/> Versicherungsnummer
5	Mitgliedschaft Automobilclub?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte ankreuzen	<input type="text"/> Name des Clubs
			<input type="text"/> Mitgliedsnummer
6	Fahrer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname Name	Rolle
	(Optional) weiterer Beteiligter:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname Name	Rolle
	Anschrift des Beteiligten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
	Kontaktdaten des Beteiligten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Telefonnummer / Mobilnummer	E-Mail-Adresse
7	Ihr Fahrzeug:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kennzeichen	Marke
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fahrzeug-Identifikations-Nummer	
8	Versicherungsschutz an Ihrem Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> nur Haftpflicht (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Name Ihrer Versicherung	Versicherungsnummer
9	Eigentumsverhältnisse:	<input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Finanzierung (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
		<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Firma (zum Vorsteuerabzug berechtigt) (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
	Name Leasinggesellschaft / Bank und Vertragsnummer: (wichtig!)		
	Ohne diese Daten kann keine Freigabe eingeholt werden!		
10	Kontodaten (Für Zahlungen an den Geschädigten, wie z.B. Unkostenpauschale, Wertminderung, Nutzungsausfall etc.)	<input type="text"/>	
		Kontoinhaber	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		IBAN	Name der Bank

B Angaben zum Unfallgegner / Unfallgeschehen:		
1 Wann hat sich der Unfall ereignet?	<input type="text"/> Datum	<input type="text"/> ungefähre Uhrzeit
2 Wo hat sich der Unfall ereignet?	<input type="text"/> Postleitzahl und Ort	<input type="text"/> Straße
3 Unfallgegner Fahrzeug:	<input type="text"/> Kennzeichen (<u>unbedingt angeben</u>)	<input type="radio"/> LKW <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Krad <input type="radio"/> Fahrrad <input type="radio"/> sonstiges Art des Fahrzeugs (Zutreffendes bitte ankreuzen)
4 Unfallgegner Daten:	<input type="text"/> Vorname, Name oder Firma (Geschäftsführer)	
	<input type="text"/> Straße und Hausnummer	<input type="text"/> Postleitzahl und Ort
	<input type="text"/> Telefonnummer	<input type="text"/> Mobilnummer
	<input type="text"/> alternative Telefonnummer	<input type="text"/> E-Mail Adresse
5 Fahrer:	<input type="text"/> Vorname Name	<input type="text"/> Rolle
	<i>(Optional) weiterer Beteiligter:</i> <input type="text"/> Vorname Name	<input type="text"/> Rolle
Anschrift des Beteiligten:	<input type="text"/> Straße und Hausnummer	<input type="text"/> Postleitzahl und Ort
Kontaktdaten des Beteiligten:	<input type="text"/> Telefonnummer / Mobilnummer	<input type="text"/> E-Mail-Adresse
6 Unfallgegner Versicherung:	<input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> nur Haftpflicht (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
	<input type="text"/> Name Ihrer Versicherung	<input type="text"/> Versicherungsnummer
	<input type="text"/> Schadensnummer	
7 Wurde der Unfall polizeilich erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/> Polizeidienststelle, Ort, ggf. Aktenzeichen	
8 Gibt es Unfallzeugen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> Rolle (bitte ankreuzen / ausfüllen, Mehrfachangaben möglich)	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/> Falls ja, Name, Anschrift und Telefon des / der Zeugen	
Weitere Angaben zu Zeugen:		

9	Wie hat sich der Unfall ereignet? <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Hergangsbeschreibung, Skizze ggf. auf einem separaten Blatt</p>	<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="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges:
----------	---	--

10	Was ist beschädigt?  <p style="font-size: x-small;">Bitte Schadenpositionen markieren</p>	<input type="checkbox"/> Front <input type="checkbox"/> Seite vorne links <input type="checkbox"/> Seite vorne rechts <input type="checkbox"/> Seite hinten links <input type="checkbox"/> Seite hinten rechts <input type="checkbox"/> Heck <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
-----------	---	--

C Personenschaden?

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

D Angaben zum weiteren Vorgehen

1	Wurde Ihr Fahrzeug abgeschleppt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Bitte ankreuzen</small>			
		Abschleppunternehmen	Abgeschleppt von - nach	
2	Fahrzeug noch fahrbereit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bedingt <small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small>			
3	Notreparatur möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bedingt <small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small>			
4	Sachverständiger bereits beauftragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Bitte ankreuzen</small>			Name des Sachverständigen

5	Gutachten vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte ankreuzen	<input type="text"/> <input type="text"/> Name des Sachverständigen
6	Rechtsanwalt bereits beauftragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte ankreuzen	<input type="text"/> <input type="text"/> Name des Rechtsanwaltes
7	Haftung bereits geklärt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="text"/> <input type="text"/> Zusage erteilt durch
8	Reparaturfreigabe bereits erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="text"/> <input type="text"/> Zusage erteilt durch
9	Wird ihr Fahrzeug repariert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="text"/> <input type="text"/> Name der Reparaturwerkstatt
10	Benötigen Sie einen Mietwagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="text"/> <input type="text"/> Autovermietung (wenn schon bekannt)

E	Weitere Angaben

Wenn möglich noch folgende / vorhandene Anlagen beifügen:

- Bilder (Gesamtansicht + Schaden)
- Fahrzeugschein
- Führerscheinkopie
- Gutachten (falls vorhanden)
- Wildunfallbescheinigung
- Sonstiges