

Unfallfragebogen für Mandanten

Kanzlei AZ:	_____
In Sachen:	_____
Kanzlei Sachb.:	_____
<i>Feld bitte nicht beschriften</i>	

Rechnungen und sonstige Belege nach Möglichkeit im Original beifügen.

1. Anspruchsteller / Mandant

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Strasse:	_____	Telefon:	_____
E-Mail:	_____	Mobil:	_____
Beruf:	_____	BIC.:	_____
IBAN:	_____	Institut:	_____

2. Gegnerischer Fahrzeughalter (Gegner)

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Strasse:	_____	Telefon:	_____
Versichert bei:	_____	Policen-Nr.:	_____
Wenn Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug: _____			

Wenn eine andere Person als der Halter das Kfz gesteuert hat (Gegnerischer Fahrer)

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Strasse:	_____	Telefon:	_____

3. Der Unfall

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Genauer Unfallablauf mit Skizze (*ggf. auf gesondertem Blatt*):

Andere am Unfall Beteiligte (Name, Anschrift, Kfz-Kennzeichen, ggf. auf gesondertem Blatt):

Unfallzeugen (Name, Anschrift, ggf. auf gesondertem Blatt):

1.

2.

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? Ja Nein

Wenn **JA**:

Dienststelle: _____ Aktenzeichen: _____

Wurde jemand von der Polizei verwahrt? Gegnerischer Fahrer Mandant / eigener Fahrer keiner

4. Bei Kfz –Schaden am eigenen Fahrzeug:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____

Baujahr: _____ Kilometerstand: _____

Kennzeichen: _____

Besteht eine Vorsteuerabzugsberechtigung: Ja Nein

Hat das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung? Ja Nein

wenn **JA**:

Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____

Ist der Schaden am Auto besichtigt worden? Ja Nein

Wurde ein Schadensgutachten (o.ä.) erstellt? Ja Nein

Wenn **JA**: Bitte übersenden Sie das Gutachten / Schadensfeststellung / Kostenvoranschlag.

Wenn **NEIN**: Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

5. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden aufgrund des Unfalls bitte zusätzlich ausfüllen:

Angaben zum Verletzten: (Falls mehrere Personen bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Name: _____ Vorname: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Strasse: _____ Telefon: _____

6. Angaben zu den Verletzungen (Falls mehrere Personen bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Art/Umfang: _____

Sicherheitsgurt angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____
_____ Tel.: _____

Ambulant behandelnde Ärzte (ggf. auf gesondertem Blatt): _____
_____ Tel.: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein

von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

Bitte entbinden Sie im Falle einer Verletzung die behandelnden Ärzte mittels unseres Formulars