

Fragebogen für Anspruchsteller bei Verkehrsunfällen

Wir bedanken uns für das übertragene Mandat in Ihrer Verkehrsunfallsache. Um die Sache schnell und effektiv bearbeiten zu können, benötigen wir von Ihnen diverse Informationen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit es Ihnen möglich ist und schicken uns diesen -gerne per E-Mail- zurück.

Gegnerisches Fahrzeug (soweit bekannt):

Hersteller/Typ: _____ Kennzeichen: _____

Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs (soweit bekannt):

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Unfallort/-zeit:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Straße: _____ Ort: _____

Unfallschilderung mit Skizze (ggf. Zusatzblatt benutzen):

Zeugen des Unfalls (Name und Anschrift)

Polizeiliche Unfallaufnahme

nein ja, durch _____

Ihr (beschädigtes) Fahrzeug

Hersteller/Typ: _____ Kennzeichen: _____

KFZ-Haftpflichtversicherung Ihres beschädigten Fahrzeugs:

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer: _____

Kaskoversicherung Ihres beschädigten Fahrzeugs:

besteht nicht Vollkasko Teilkasko

Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug (bitte Unterlagen beifügen)?

nein ja, Leasinggeber ist _____

Ist das Fahrzeug finanziert (bitte Unterlagen beifügen)?

nein ja, Darlehensgeber ist _____

Haben Sie das Fahrzeug bereits begutachten lassen?

nein ja, von _____

Ist das Fahrzeug fahrbereit?

ja nein, weil _____

Wer hat das Fahrzeug gefahren? (Name und Anschrift)

in bin selbst gefahren

Sonstige Sachschäden (Was wurde neben Ihrem Fahrzeug noch beschädigt; ggf. Zusatzblatt benutzen)

Personenschaden

Wurden Sie verletzt?

- nein ja, ich habe folgende Verletzungen erlitten

Waren Sie im Krankenhaus

- nein
 ja, ambulant stationär von _____ bis _____

Ärztliche Behandlung durch (Name des Krankenhauses, Hausarztes, Facharztes mit Anschrift):

Waren Sie aufgrund des Unfalls arbeitsunfähig?

- nein ja, von _____ bis _____

Ihre Krankenkasse: _____

Ereignete sich der Unfall im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?

- nein (bitte die folgenden drei Fragen überspringen)
 ja

Beruf: _____

Arbeitgeber ist: _____

Berufsgenossenschaft : _____

Gesetzliche Rentenversicherung: _____