

Unfall-Fragebogen

Bitte ausfüllen und per Post oder E-Mail an obenstehende Adresse zurückschicken

Mandant	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon (tagsüber):	
Telefon (abends):	
Telefax:	
E-Mail-Adresse:	
Unfallbeteiligt als:	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger sonstiges:
Vorsteuerabzugsfähig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankverbindung	
Bank:	
IBAN:	
Inhaber (falls abweichend):	
Fahrer (falls abweichend vom Mandanten):	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Rechtsschutzversicherung	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versicherungs-Nr.:	
Schadens-Nr.:	
Haftpflichtversicherung	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versicherungs-Nr.:	
Schadens-Nr.:	
Vollkaskoversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung:
Teilkaskoversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung:
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versicherungs-Nr.:	
Schadens-Nr.:	

Fahrzeug	
Fahrzeugmarke/-typ:	
amtl. Kennzeichen:	
Baujahr:	
Vorbesitzeranzahl:	
Name Halter:	
Leasingfahrzeug:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Leasinggeber:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Leasingvertrags-Nr.:	
Mietfahrzeug:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Vermieter:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Mietvertrags-Nr.:	
Notwendige Unterlagen vorhanden?	
Kfz-Unterlagen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versicherungsunterlagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
polizeiliches Unfallprotokoll, siehe unten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schäden	
Verletzungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Verletzung:	
Behandelnder Arzt:	
Adresse des Arztes:	
Ärztliches Gutachten vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhausaufenthalt	von: bis:
Adresse Krankenhaus:	
Ambulante Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
Krankschreibung (Tage):	von: bis:
Wegeunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuständige Berufsgenossenschaft:	
Adresse:	
Versicherungs-Nr.:	

Weitere Schäden (bitte Quittungen und Belege beilegen)	
Vermehrte Bedürfnisse:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verdienstausfall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entgangener Unterhalt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Todesfallkosten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sachschäden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fahrzeugschaden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Sachschäden (Kleidung, Gepäck etc.) – Gegenstände bitte aufheben!	
Gutachten vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Gutachter:	
Adresse:	
Telefon:	
Weitere Sachschäden	
Anschaffungsdatum Fahrzeug:	
Originalpreis:	
Wiederherstellungskosten:	
Reparaturdauer:	
Reparaturwerkstatt	
Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Gegner	
Unfallbeteiligt als:	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Sonstiges
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Haftpflichtversicherung Gegner	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versicherungs-Nr.:	
Schadens-Nr.:	
Fahrzeug Gegner	
Fahrzeugtyp:	
amtl. Kennzeichen:	
Baujahr:	
Name Halter:	
Art Sachschaden:	
Art Fahrzeugschaden:	
Gutachten vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Sachschäden:	
Verletzungen Gegner	
Art der Verletzung	
Krankenhausaufenthalt	von: bis:
Krankenhaus Anschrift:	
Krankschreibung (Tage):	von: bis:
Wegeunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuständige Berufsgenossenschaft:	
Adresse:	

Weitere Verkehrsteilnehmer	
1. Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beteiligt als:	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Sonstiges
2. Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beteiligt als:	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Sonstiges
3. Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beteiligt als:	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Sonstiges
Zeugen	
1. Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
2. Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
3. Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Unfallgeschehen	
Unfallort:	
Unfalltag:	
Unfallzeit:	
Sichtverhältnisse:	<input type="checkbox"/> sonnig <input type="checkbox"/> bedeckt <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Nebel <input type="checkbox"/> Dämmerung <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Straßenbeleuchtung
Straßenzustand:	<input type="checkbox"/> Asphalt <input type="checkbox"/> Teer <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Kopfsteinpflaster <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> Eis <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Matsch
Verwarnungsgeld:	<input type="checkbox"/> ja, AZ: <input type="checkbox"/> nein
Bußgeldverfahren:	<input type="checkbox"/> ja, AZ: <input type="checkbox"/> nein
Strafanzeige:	<input type="checkbox"/> ja, AZ: <input type="checkbox"/> nein
Aufnehmende Polizei (Sachbearbeiter)/ Tagebuchnummer:	
Staatsanwaltschaft/AZ:	
Unfallhergang:	
Soll Strafantrag gestellt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alkoholeinfluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Helm getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Skizze des Unfallgeschehens (ggf. weiteres Blatt beilegen):