



Mandantenfragebogen Verkehrsunfall

Allgemein

Name: Telefon:
Vorname: Mobil:
Geburtsdatum: E-Mail:
Adresse:
Bankverbindung:
Beruf:
Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

Versicherungsangaben

Kfz-Haftpflichtversicherung (eigene):
Firmenadresse:
Versicherungsnummer:
Vollkasko Teilkasko Rechtsschutz:
Versicherung: Versicherungs-Nr.:
Versicherungs-Nr.: Adresse:
Versicherungsnehmer: Versicherungsnehmer:
Adresse:
Selbstbehalt: EUR
Unfalltag: Unfallzeit:
Unfallort:

Eigenes Kraftfahrzeug

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Eigentümer:

Adresse:

Fahrer:

Adresse:

Gegnerisches Kraftfahrzeug

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Halter:

Adresse:

Fahrer:

Adresse:

Leasing/Finanzierung (Gesellschaft, Vertragsnummer):

Ggf. Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit dem Halter, Leasingfahrzeug etc.):

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Firma:

Adresse:

Versicherungs-Nr.:

Schadenummer:

Oder: Daten aus beigefügten Schreiben ersichtlich?

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc.):

Zeugen1. Zeuge

Name:

Anschrift:

Telefon:

2. Zeuge

Name:

Anschrift:

Telefon:

Ggf.: Weitere Zeugen gem. Beiblatt?

Unfallgeschehen

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

Unfallskizze

Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze **auf einem gesonderten Blatt** an.

Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle:

Aktenzeichen:

Adresse:

Sonstige Angaben

Fahrzeug repariert?

Ja Nein

Wenn ja: Mietwagen genommen? Ja Nein

Zeitraum: Tage

Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus? Ja Nein

Gutachter bereits beauftragt /Gutachten erfolgt? Ja Nein

Wenn ja: Gutachter bereits bezahlt? Ja Nein

Sicherheitsabtretung erfolgt? Ja Nein

Name der verletzten Person:

Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.):

Beruf und Einkommen:

Ärztliche Erstbehandlung ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich?

Klinik/Arzt:

Adresse:

Verletzungen:

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“) ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt:

Adresse:

Verletzungen:

Weiter verbleibende Beschwerden:

Arbeitsunfähigkeit über Wochen ärztlich attestiert? Ja Nein

Besteht eine Krankenversicherung? Ja (gesetzlich) Ja (Privat) Nein

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein

Wenn ja:

Name und Adresse der Berufsgenossenschaft:

Bitte fügen Sie auch die als Anhang angeführten Unterlagen bei, sofern diese bei Ihnen vorhanden sind, und markieren dies jeweils mit einem Kreuz:

Unfallskizze

Bilder vom Unfallort

Gutachten / Reparurrechnung / KostenVA

Unterlagen der eigenen Versicherung

Schreiben Polizeidienststelle / Visitenkarte

Schreiben gegnerische Haftpflichtversicherung

Arztbericht / ärztliches Attest

Rechnungen ärztliche Heilkosten

Schweigepflichtentbindungserklärung

Weitere Unterlagen: