

KANZLEI DIRNBERGER-MAIBACH

WIRTSCHAFTS- UND RECHTSBERATUNG

FRAGEBOGEN VERKEHRSUNFALL

1. Geschädigte/Geschädigter

Name des Anspruchstellers: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Fahrer: _____

2. Unfallgegner (soweit bekannt)

Name des Versicherungsnehmers: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Versichert bei: _____

Versicherungsnummer: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Name des Fahrers: _____

Anschrift des Fahrers: _____

3. Unfallhergang

Unfallort: _____ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Genaue Unfallbeschreibung mit Skizze: _____

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs):

Name und Anschrift der Unfallzeugen:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?: _____

4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache bzw. Leasingnehmer? _____

Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten, Kostenvoranschläge, Rechnung u.a.): _____

Beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel.: _____

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

Typ: _____ Erstzulassung: _____ Km-Stand: _____

Fahrgestellnr.: _____ Fldentnr.: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Durch welche Gesellschaft & unter welcher Versicherungsnummer war das Kfz zur Zeit des Unfalls versichert:

Haftpflichtversicherung: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ Vers-nr.: _____

Teilkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: _____ Vers-nr.: _____

Rechtsschutzversicherung: _____ Vers-nr.: _____

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Mtl. Nettoeinkommen: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig: Ja Nein

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente? Ja Nein

Von wem: _____ monatl.: _____

Art und Umfang der Verletzung: _____

Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte krank geschrieben? Ja Nein Von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Krankenkasse des Verletzten: _____

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

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

Ort, Datum

Unterschrift Mandant(en)