

## Fragebogen für Verkehrsunfälle

1.1 Name des Mandanten (= Eigentümer des Fahrzeuges): \_\_\_\_\_

Beruf (zuletzt ausgeübter Beruf): \_\_\_\_\_

1.2 Anschrift (Straße, Ort): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

1.3 Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

1.4 Fahrer des Unfallfahrzeuges zum Zeitpunkt des Unfalls (falls abweichend von 1.1): \_\_\_\_\_

2.1 Name des Halters des gegnerischen Fahrzeuges (Unfallverursacher): \_\_\_\_\_

2.2 Anschrift (Straße, Ort): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

2.3 Name der geg. Versicherung: \_\_\_\_\_

2.4 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

2.5 Amtliches Kennzeichen des unfallverursachenden Fahrzeuges: \_\_\_\_\_

2.6 Name des Fahrers des unfallverursachenden Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt: \_\_\_\_\_

2.7 Anschrift des Fahrers (Straße, Ort): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

3.1 Unfallort (Straße, Ort): \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesondertem Blatt):

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges)

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen (auch Ehegatten, verwandte):

3.5 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Sofern vorhanden, übersenden Sie bitte mit diesem Fragebogen die Unfallaufnahmenachricht der Polizei): \_\_\_\_\_

#### 4. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

- 4.1 Was wurde beschädigt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.2 Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache: \_\_\_\_\_
- 4.3 Gehört sie zum Betriebsvermögen? ja  nein   
Vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer) ja  nein
- 4.4 Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.5 Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.6 Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: € \_\_\_\_\_
- 4.7 Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_
- 4.8 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: \_\_\_\_\_
- 4.9 Hat eine Besichtigung stattgefunden: ja  nein  ; ggf. durch wen: \_\_\_\_\_
- 4.10 Frühere Schäden; Zahl und Umfang: \_\_\_\_\_

#### 5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten:

- 5.1 Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_  
Baujahr: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_
- 5.2 Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen: \_\_\_\_\_
- 5.3 Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert: \_\_\_\_\_  
Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Vollkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: € \_\_\_\_\_  
Nr.: \_\_\_\_\_  
Teilkasko-Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung € \_\_\_\_\_  
Nr.: \_\_\_\_\_  
Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Vers.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
- 5.4 Leasing-Fahrzeug: ja  nein  ; Leasing-Bank: \_\_\_\_\_

#### 6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

- 6.1 Name des Verletzten: \_\_\_\_\_
- 6.2 Anschrift (Straße, Ort): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 6.3 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Zahl und Alter der Kinder \_\_\_\_\_
- 6.4 Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig: ja  nein   
Monatliches Nettoeinkommen: € \_\_\_\_\_  
(Bitte Bescheinigung beifügen.)
- 6.5 Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_
- 6.6 Anschrift (Straße, Ort): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**6.7** Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: ja  nein  ;

von wem: \_\_\_\_\_ monatl. € \_\_\_\_\_

**7.1** Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.2** Sicherheitsgurt angelegt: ja  nein

**7.3** Krankenhausaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

**7.4** Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**7.5** Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_  
(genaue Anschriften mit Postleitzahl)  
\_\_\_\_\_

**7.6** Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja  nein  vom \_\_\_\_\_  
bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

**7.7** Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: \_\_\_\_\_

**7.8** Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit: ja  nein

**7.9** Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: \_\_\_\_\_

**7.10** Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja  nein

**7.11** Bei welcher Anstalt: \_\_\_\_\_

---

*Bitte fügen Sie dem Formular sämtliche Rechnungen und sonstigen Belege bei, die Sie haben. Bitte übersenden Sie mit dem Formular des weiteren ein von Ihnen unterzeichnetes Vollmachtsformular.*

....., den .....

.....  
(Unterschrift des Mandanten)