

Mandantenfragebogen Verkehrsunfall

1

Name:	Vorname:
Telefon:	Mobil:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Adresse:	
Bankverbindung:	
Beruf:	Vorsteuerabzugsberechtigung: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
KFZ-Haftpflichtversicherung (eigene): _____	
Firmenadresse: _____	
Versicherungsnummer: _____ <input type="checkbox"/> Vollkasko / <input type="checkbox"/> Teilkasko	
Rechtsschutz: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Versicherung: _____	
Adresse: _____	
Versicherungsnehmer: _____	
Versicherungsnummer: _____ Selbstbehalt: _____	
Unfalltag:	Unfallort:
Unfallzeit:	

Eigenes Kraftfahrzeug:

Kennzeichen:	Fahrzeugtyp:
Eigentümer:	Adresse:
Fahrer:	Adresse:
Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit Halter, Leasingfahrzeug, etc.): 	
Fahrzeug repariert? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Vorsteuerabzugsberechtigung? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Während Reparatur: Mietwagen genommen? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Zeitraum: _____ Tage	Tägl. Fahrbedarf über 25 km? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

2

Gegnerisches Kraftfahrzeug:

Kennzeichen:	Fahrzeugtyp:
Eigentümer:	Adresse:
Fahrer:	Adresse:
Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit Halter, Leasingfahrzeug, etc.): 	

KFZ-Haftpflichtversicherung (Gegner): _____
Firmenadresse: _____
Versicherungsnummer: _____
Schadenummer: _____

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

Zeugen

1. Zeuge	2. Zeuge
Name: _____	Name: _____
Anschrift: _____	Anschrift: _____
Telefon: _____	Telefon: _____

Weitere Zeugen gemäß Beiblatt? ja / nein

Unfallgeschehen:

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich: _____

Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle: _____	Aktenzeichen: _____
Adresse: _____	

3

Gutachter bereits beauftragt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Gutachten erfolgt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Gutachter bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Sicherheitsabtretung erfolgt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Name der verletzten Person: _____	
Ggf. pers. Daten (Anschrift, Telefon, etc.): _____	
_____ _____	
Beruf und Einkommen: _____	
Ärztliche Erstbehandlung (wenn aus Bericht ersichtlich, nicht ausfüllen)	
Klinik/Arzt: _____	
Adresse: _____	

Verletzungen: _____
Weiter verbleibende Beschwerden: _____
Arbeitsunfähigkeit über ____ Wochen; ärztlich attestiert __ja / __nein
Besteht eine Krankenversicherung? __ja / __nein / __ja, eine private
Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? __ja / __nein
Wenn ja, Name der Berufsgenossenschaft: _____

4

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

- Unfallskizze
- Bilder vom Unfallort
- Gutachten
- Reparaturrechnung
- Kostenvoranschlag
- Unterlagen der eigenen Versicherung
- Schreiben der Polizeidienststelle/Visitenkarte
- Schreiben der gegnerischen Versicherung
- Arztbericht/ärztliches Attest
- Rechnungen ärztliche Heilkosten
- Schweigepflichtenbindungserklärung (s. www.kanzlei-kagan.de)
- Weitere Unterlagen

Wenn ja, welche? _____

