

# Unfall-Fragebogen

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

<b>Mandant</b>	
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
<b>Bankverbindung</b>	
Bank:	
IBAN:	
Inhaber (falls abweichend):	
Fahrer (falls abweichend vom Mandanten):	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
<b>Rechtschutzversicherung</b>	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versicherungs-Nr.:	
Schadens-Nr.:	
<b>Haftpflichtversicherung</b>	
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.:	

<b>Fahrzeug</b>	
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
<b>Schäden</b>	
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: <input type="checkbox"/> bis:
Wegeunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuständige Berufsgenossenschaft:	
Adresse:	
Versicherungs-Nr.:	