Mandantenfragebogen zu Verkehrsunfällen

Fragebogen für Anspruchsteller zu Schaden – Nr.: _____
(Bitte stets angeben)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular schnellstmöglich zurück für die zügige Bearbeitung dieses Schadensfalles!

I. Persönliche Angaben des Anspruchstellers

(Bitte deutlich mit Blockschrift oder mit der Maschine ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ausgeübter Beruf: _____

- *selbständig* ? ja nein

- *Vorsteuerabzugsberechtigt?* ja nein

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E – Mail: _____

Fahrer: _____

Bankverbindung des Anspruchstellers:

Kontoempfänger: _____

Bankverbindung: _____

IBAN .: _____

BIC: _____

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

II. Persönliche Angaben des Unfallgegners (Schadenstifter)

Name:

Anschrift:

PLZ, Ort:

Tel.:

Versichert bei:

Police Nr.:

Amtl. Kennzeichen:

III. Fahrer/in meines Fahrzeugs beim Unfall:

Anschrift des Fahrers:

PLZ, Ort:

Tel.:

IV. Angaben zum Schadenshergang/ Unfalldaten

Unfallort:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

V. Genaue Unfallschulderung

(Bitte Fortsetzung und Skizze ggf. auf der Rückseite oder per Brief, Fax oder als separate Grafikdatei per Email)

V. 1. Unfallskizze

Andere Verkehrsteilnehmer, die am Unfall beteiligt waren :
(Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrzeugs)

Name und Anschrift der Unfallzeugen:

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen:

V. 2. Weitere benötigte Informationen bei Unfällen im Straßenverkehr und/ oder beschädigten Kraftfahrzeugen

Angaben zur Unfallstelle:

Örtlichkeit:

☐ Autobahn	☐ Parkplatz
☐ Landstraße	☐ Betriebsgelände
☐ Innerorts	☐ Baustelle

Straße:

☐ trocken	☐ vereist
☐ nass	☐ verschmutzt
☐ verschneit	☐ Ölspuren

Licht:

☐ Tageslicht	☐ Dunkelheit
☐ Dämmerung	

Witterung:

☐ Sonnenschein	☐ Schneefall
☐ Regen	☐ _____

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____Tage

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

Tel.:

Hat eine Besichtigung stattgefunden ggf. durch wen:

ja nein

Frühere Schäden (Art, Anzahl und Schadenshöhe):

VI. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten

Fahrzeugart:

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Fabrikat:

Baujahr/ Erstzulassung*:

Km-Stand:

Amtl. Kennz.:

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen: ____

Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert:

Haftpflicht-Versicherung:

Policen-Nr:

Vollkasko-Versicherung:

nein ja, mit _____,- € Selbstbeteiligung:

Teilkasko-Versicherung:

nein ja, mit _____,- € Selbstbeteiligung:

Leasing-Fahrzeug:

ja nein

Leasinggeber:

** Angaben hierzu sind in der Zulassungsbescheinigung Teil I (Fahrzeugschein) des Fahrzeuges aufzufinden*

Bitte beachten Sie:

Der Geschädigte ist nach den gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, den Schaden so niedrig wie möglich zu halten.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

VII. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Sofern Ansprüche wegen eines Gesundheitsschadens geltend gemacht werden, füllen Sie bitte auch diese Seite aus. Die Erhebung, Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten werden ausschließlich für die Prüfung Ihrer Ansprüche verwendet.

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer gesonderten Unterschrift, dass Sie mit dieser Vorgehensweise einverstanden sind.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Rechtsanwältin Suzan Kaya meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Name, Vorname des Unterzeichners in Klarschrift

Name des Verletzten:

Anschrift des Verletzten:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Anzahl und Alter der Kinder:

Ausgeübter Beruf:

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

selbständig:

ja nein

Monatliches Nettoeinkommen: _____, - €

Name des Arbeitgebers:

Straße:

Ort:

Telefon:

Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt:

nein ja, vom: _____ bis (voraussichtlich): _____

Name des Krankenhauses

_____ Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Straße, Postleitzahl, Ort:

Ambulant behandelnde Ärzte:

Ist der/ die Verletzte hauskrank geschrieben?

nein ja, vom: _____ bis (voraussichtlich): _____

Krankenkasse des Verletzten:

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?

ja, bei: _____ nein

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit:

nein ja, zuständige Berufsgenossenschaft _____

Wurde ein Schutzhelm getragen

nein ja

Hatte der Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt

nein ja

Arztbericht(e)::

Ist/ sind beigelegt nein ja

folgt/ folgen nein ja

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)