

# FRAGEBOGEN VERKEHRSUNFALL

Dipl.-Jur.(univ.)

**DANIEL FIORE**

Rechtsanwalt

Reppnersche Straße 1  
D- 38226 Salzgitter

☎ (05341) 941 49 - 04 (Kanzlei)

☎ (05341) 941 49 - 06 (Fax)

✉ rechtsanwalt-fiore@gmx.de

🌐 www.rechtsanwalt-fiore.de

Die nachfolgende Erfassung Ihrer Basisdaten in diesem Fragebogen dient der schnellen Erfassung und zügigen Bearbeitung Ihrer Verkehrsunfallsache. Ich bitte Sie daher, diesen umfangreichen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und diesen nebst sämtlichen Belegen und Nachweisen zum persönlichen Gespräch mitzubringen.

Im persönlichen Gespräch besprechen wir dann die Individuellen Einzelheiten in Ihrem persönlichen Fall.

## 1. Anspruchsteller (Geschädigter)

### **a) Persönliche Daten**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Ausgeübter Beruf	
Telefon	
Telefax	
E-Mail	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	

### **b) Bankverbindung**

Kreditinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	

War der Anspruchsteller bei dem Verkehrsunfall auch der Fahrer?      Ja       Nein

(Wenn Sie Ja angekreuzt haben, dann sind die nachfolgenden Angaben unter c über den Fahrer nicht erforderlich)

### **c) Angaben zum Fahrer**

Name des Fahrers	
Vorname	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	

## 2. Anspruchsgegner (Schädiger)

### **a) Persönliche Daten**

Name	
Vorname	
Telefon	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	

Versicherung	
Versicherungs-Nr.:	

Fahrzeugart	
Fabrikat, Modell	
Amtl. Kennzeichen	

War der Anspruchsgegner bei dem Verkehrsunfall auch der Fahrer?      Ja       Nein

(Wenn Sie Ja angekreuzt haben, dann sind die nachfolgenden Angaben unter b über den Fahrer nicht erforderlich)

### **b) Angaben zum gegnerischen Fahrer**

Name des Fahrers	
Vorname	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	

## 3. Angaben zum Unfallgeschehen

### **a) Allgemeine Angaben**

Unfallort	
Unfalltag	
Unfallzeit	
Unfallschilderung	

Unfallskizze	
--------------	--

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? (Anschrift)

--

Name der Polizeibeamten? (soweit bekannt)

--

Polizeiliches Aktenzeichen des Verkehrsunfalls?

--

**b) Angaben über weitere Personen**

**aa) Zeugen?** (Namen, Anschrift, Telefonnummer)

	Name	Straße	PLZ, Wohnort	Telefon
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**bb) Gab es andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer?**

	Name	Straße	PLZ, Ort	Telefon	Amtl. Kennz.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

#### 4. Angaben zum Unfallschaden am Fahrzeug

Fahrzeugart	
Fabrikat	
Typ, Baujahr	
Km-Stand	
PS-Zahl	
Hubraum	
Amtl. Kennzeichen	
Anzahl Vorbesitzer	

Wie war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalles versichert?      Vollkasko       Teilkasko

Wenn Teilkasko, Wie hoch ist die Selbstbeteiligung:

--

Bei welcher Versicherung war Ihr Fahrzeug versichert?

Name	
Adresse	
Ansprechpartner	
Versicherungsnummer:	

Sind Sie rechtsschutzversichert?      Ja       Nein

Wenn ja, wo:

Name	
Adresse	
Ansprechpartner	
Versicherungsnummer:	

Ist das Fahrzeug geleast?      Ja       Nein

Wenn ja, wo

Name d. Leasingbank	
Adresse	
Ansprechpartner	

Was wurde am Fahrzeug beschädigt? (Art und Umfang der Fahrzeugschäden)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Sind Sie Eigentümer des beschädigten Fahrzeuges?      Ja       Nein

Wenn nein, wer ist Eigentümer des beschädigten Fahrzeuges? (Name, Anschrift ,Telefon)

--

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?      Ja       Nein

Sind Sie diesbezüglich vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein

Bitte machen sie folgende Angaben über die Reparatur des beschädigten Fahrzeuges:

Reparaturkosten (€)	Reparaturdauer (Tage)	Fahrzeug kann besichtigt werden bei (Adresse,Tel):

Ist eine Besichtigung oder Begutachtung der Sache vorgenommen worden? Ja  Nein

Wenn Ja, durch wen?(Name, Adresse, Telefon der Werkstatt bzw. fachkundigen Stelle):

--

Hatte das Fahrzeug frühere Schäden? Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Umfang:


### **5. Angaben bei weiteren Sachschäden**

Wurden neben den Fahrzeugschäden Gegenstände bzw. Sachen beschädigt?  
(z.B. Wertgegenstände im Fahrzeug, Kleidung, Brille usw...) Ja  Nein

Wenn Ja, bitte nachfolgende Angaben ausfüllen. Wenn Nein, dann weiter unter 6. ausfüllen.

#### ***Welche Gegenstände/Sachen wurden beschädigt?***

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Sind Sie Eigentümer der beschädigten Sache(n)? Ja  Nein

Wenn nein, wer ist Eigentümer der beschädigten Sache(n)?

--

Gehört/Gehören die Sache(n) zum Betriebsvermögen? Ja  Nein

Sind Sie diesbezüglich vorsteuerabzugsberechtigt? Ja  Nein

#### ***Art und Umfang des Schadens?***

	Beschreibung der Beschädigung an der Sache
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

**Wann und zu welchem Preis wurde(n) die Sache(n) angeschafft?**

	Datum	Kaufpreis €
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Bitte machen Sie folgende Angaben bezüglich der Reparatur der beschädigten Sache(n):**

	Reparaturkosten (€)	Reparaturdauer (Tage)	Sache kann besichtigt werden bei (Adresse,Tel):
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Ist eine Besichtigung oder Begutachtung der Sache(n) vorgenommen worden? Ja  Nein

Wenn Ja, durch wen?(Name, Adresse, Telefon):

--

Hatte(n) die Sache(n) frühere Schäden? Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Umfang:


**6. Angaben zu Personenschäden**

Sind Sie oder andere Personen bei dem Unfall verletzt worden? Ja  Nein

(Wenn Ja, dann bitte nachfolgende Angaben ausfüllen. Bei Nein, dann weiter unter 7. ausfüllen.)

***Persönliche Daten des/der Verletzten:***

(Bei mehreren Verletzten ggf. Zusatzblatt nehmen)

Name	
Vorname	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Kinder(Anzahl, Alter)	
Ausgeübter Beruf	
Selbstständig	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Monatl. Nettoeinkommen	€ (Bitte Nachweise/Bescheinigungen beifügen)
Arbeitgeber (Name, Anschrift)	
Sicherheitsgurt angelegt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse (Name, Anschrift)	

**Art und Umfang der Verletzung(en)?**

	Beschreibung der Verletzung
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Hauskrank geschrieben vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Daten des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin:**

Name	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	
Telefon	

Stationärer Klinikaufenthalt vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Daten der Klinik**

Name	
Ansprechpartner (Arzt)	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	
Telefon	

Lag ein Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Arbeitsweg vor? Ja  Nein

Wenn ja, Name der Berufsgenossenschaft:

--

Sind Sie gesetzlich rentenversichert? Ja  Nein

Wenn ja, bitte ausfüllen

Name Rentenversicherungsanstalt	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	
Rentenversicherungsnummer	

**7. Einverständniserklärung und abschließende Hinweise**

Sind Sie damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen: Ja  Nein

**Rechnungen und sonstige Belege liegen, soweit vorhanden, bei. (Wichtig!)**

Sämtliche vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

---

Ort, Datum, Unterschrift Mandant

---

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzl. Vertreters