

Fragebogen bei Verkehrsunfall

Bitte füllen Sie in DRUCKBUCHSTABEN folgende Fragen möglichst vollständig aus. Sie erleichtern damit erheblich die Besprechung/Bearbeitung/Beratung Ihres Verkehrsunfalles. Vielen Dank!

1. Personendaten:

↓ Ihre Daten ↓	↓ Daten Ihres Gegners ↓
Name: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____ Tel. priv.: _____ Tel. büro _____ Handy: _____ FAX: _____ e-mail: _____	Name: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Fahrer Ihres Fahrzeugs: Name: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____	Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs: Name: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Ihr Fahrzeug: Typ: _____ Kennzeichen: _____	Fahrzeug Gegner: Typ: _____ Kennzeichen: _____
Ihre Bankverbindung Name der Bank: _____ IBAN: _____	Versicherung Gegner.: Name: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____ Vers.-Nr.: _____
Rechtsschutzversicherung: _____	
Vers.-Nr: _____	

2. Angaben zu Ihrem Fahrzeug:

2.1. Auf wen ist das Fahrzeug angemeldet?:	
<input type="checkbox"/> Auf mich	<input type="checkbox"/> Herrn/Frau/Firma: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____
2.2. Ist Ihr Fahrzeug vollkaskoversichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, bei welcher Versicherung: _____	
Höhe der Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> € 150 <input type="checkbox"/> € 325 <input type="checkbox"/> € 500	
2.3. Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.4. Ist das Fahrzeug geleast? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

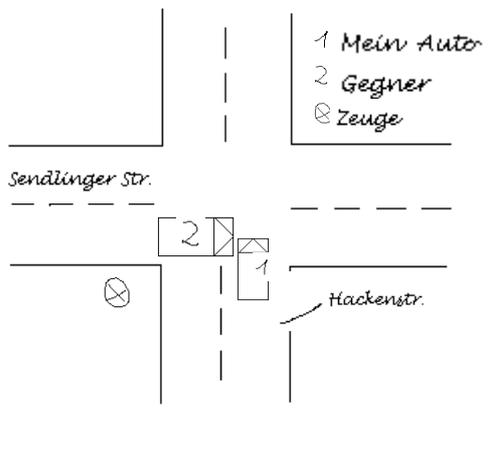
3. Angaben zum Unfallhergang:

3.1. Unfalltag: _____	Unfallzeit: ca. _____ Uhr	
Unfallort: _____	Straße: _____	Fahrtrichtung: _____
Meine Geschwindigkeit zum Unfallzeitpunkt: _____		
Geschwindigkeit des Unfallgegners zum Unfallzeitpunkt: _____		
Schadenshöhe an meinem Fahrzeug: _____ € (geschätzt)		

3.2. Unfallskizze:

Beispiel:

Bitte zeichnen Sie hier die Fahrzeuge zum Zeitpunkt des Unfalls ein.



3.3 Kurze Unfallschilderung in Stichworten:

3.4. Haben Sie Zeugen? Ja Nein

Bitte Namen, Adressen und Telefonnummern angeben: _____

3.5. Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen? Ja Nein

Polizeiinspektion: _____ Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Aktenzeichen: _____

4. Verletzungen

4.1 Wurden Sie verletzt? Ja Nein

Falls ja, vollständige Adresse des Krankenhauses bzw. des behandelnden Arztes:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

4.2 Welche Art von Verletzungen haben Sie erlitten?

Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlaß des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen und RA Joachim Neugebauer, Barerstr. 44, 80799 München hiervon eine Abschrift erhält.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)