



Fragenbogen für Unfallsachen

Dieses Formular beruht auf langjähriger praktischer Erfahrung, soll Ihnen spätere Rückfragen ersparen und dient der schnellen und erfolgreichen Abwicklung Ihres Mandates. Die Beantwortung sollte möglichst umfassend und korrekt erfolgen. Bei Falschangaben können gegebenenfalls Nachteile entstehen. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der Vertraulichkeit. Ihre personenbezogenen Daten werden zur Bearbeitung des Mandates benötigt. Die Angaben werden in einer EDV bearbeitet und dort ev. eingespeist, Hierüber werden Sie gem. BDatSchG und DSGVO hiermit informiert und belehrt. Mit der Informationsangabe und der Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden. Hiermit sind Sie auch nach BDatSchG und der DatSchGVO darüber belehrt, dass die personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung und Abwicklung des Schadensfalles und Mandates benutzt und gespeichert werden. Hiermit erklären Sie sich ausdrücklich einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

I. Personenbezogene Daten des Anspruchstellers, Verletzte(r), Unfallopfer, Mandant/-in

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer (Festnetz/ mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechtsschutzversicherung: ja / nein SB: _____

Name Versicherung: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Eigene Kontoverbindung: IBAN: _____

BIC: _____

Vorsteuerabzugsberechtigung: ja / nein

II. Angaben zum Unfall

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Name und Anschrift von Zeugen (auch eigene Insassen, andere Mitfahrer, Ehegatten und Kinder):

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen Fahrzeug):

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? ja / nein

Polizeidienststelle: _____

Tagebuchnummer: _____

Bitte schildern Sie den Schadenshergang möglichst genau:

Skizze zur Schadenssituation:



Sie/ Ihr Fahrzeug (A)

Fahrzeug des Schädigers (B)

Zeugen (C)

Geschädigter:

Eigentümer des Fahrzeuges: _____

Fahrer des Fahrzeuges: _____

Amtliches Kennzeichen d. Fahrzeuges: _____

Fahrzeugart: _____ Marke: _____ Typenbezeichnung: _____

Haftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Kaskoversicherung: ja / nein SB: _____

Ist das Fahrzeug finanziert, Bank, wenn ja, wo: _____

Ist das Fahrzeug geleast; Leasingfirma, wenn ja, wo: _____

Wurde Ihr Fahrzeug abgeschleppt? Von wem? _____

Gibt es für Ihr Fahrzeug ein Gutachten/ Kostenvoranschlag? ja / nein

Wenn ja, von wem? _____

Wollen Sie Ihr Fahrzeug reparieren lassen oder nach Gutachten/ Kostenvoranschlag abrechnen?

Soll das Fahrzeug unrepariert veräußert werden? ja / nein

Haben oder benötigen Sie einen Mietwagen? ja / nein

Von wem? _____

Unfallgegner:

Eigentümer des Fahrzeuges: _____

Fahrer des Fahrzeuges: _____

Amtliches Kennzeichen d. Fahrzeuges: _____

Haftpflichtversicherung:

Name der Versicherung: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

III. Ansprüche wegen sonstiger Sachschäden (bspw. Mobiltelefon, Brille, Kleidung etc.)

Was wurde beschädigt? _____

Wer ist Eigentümer der Sache? _____

Art und Umfang der Beschädigung (ggf. gesondertes Blatt, Fotos, Anschaffungsbeleg Gutachten, Kostenvoran-schlag, wenn vorhanden bitte alles einreichen):

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden:

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:

Voraussichtliche Reparaturdauer: _____

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

IV. Ansprüche wegen Personenschäden

Name des Verletzten: _____

Anschrift des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Namen und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Selbständig: ja / nein

Bisheriges monatl. Nettoeinkommen: _____

Arbeitgeber (Name, Anschrift): _____

Art und Umfang der Verletzungen: (möglichst genau, ggf. gesond. Beiblatt nutzen, falls vorhanden ärztl. Diagnosen, Atteste und Arztbriefe beifügen):

Ist der Verletzte krank /arbeitsunfähig (krank)geschrieben? ja / nein von _____ bis _____

Voraussichtliche Dauer: _____

Stationärer Krankenhausaufenthalt: ja / nein

Name, Anschrift Krankenhaus: _____

Name, Anschrift, Telefon der behandelnden Ärzte: _____

Sind durch die ärztlichen Behandlungen Kosten entstanden: ja / nein

Wenn ja, welche: _____

Ist der Verletzte privat krankenversichert? ja / nein

Wenn ja, bei welcher Krankenversicherung? _____

Werden die Behandlungskosten dort geltend gemacht? ja / nein

Ist der Verletzte privat unfallversichert? ja / nein

Wenn ja, bei welcher Unfallversicherung? _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an: _____

Wegeunfall oder Arbeitsunfall: ja / nein

Wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?: _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja / nein

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen über die beauftragte BTO Braeske, Thomas, Otto Rechtsanwälte Partnerschaft mbB ärztliche Atteste, Stellungnahmen, Gutachten und Auskünfte erteilen.

ja / nein

Haushaltssituation des Verletzten

Mietwohnung, ETW oder EFH: _____

Welches, bzw. wie viel Etagen: _____

Größe der Wohnfläche in qm: _____

davon Teppichboden in qm: ca. _____ und Laminat, Parkett, Fliesen in qm: ca. _____

Vorhandener Gartenfläche in qm: _____

Nutzgarten: ja / nein

Anzahl der Personen im Haushalt: _____

Welche Haushaltsführungstätigkeiten hat der/die Verletzte vor dem Unfall wie oft und mit welchem durchschnittlichen Zeitanteil (in Stunden) pro Woche ausgeführt:

(Möglichst genaue Beschreibung und wenn möglich Anteil in %, wenn die Tätigkeit mit anderen Familien-/Haushaltsmitgliedern geteilt oder gemeinsam erledigt wird):

- z. B. :Einkaufen inkl. Getränke (Kisten) und Leergut/Pfand wegbringen, 100 %, 2 x pro Woche ca. für je 2 Std.

<u>Tätigkeit:</u>	<u>Anteil in %</u>	<u>Umfang / Zeit pro Woche</u>

Ort, Datum

Unterschrift (Mandant, Anspruchsteller, Verletzter)