wohllebenundpartner
KANZLEI FÜR WIRTSCHAFTSRECHT

Fragebogen in Verkehrsunfallsachen

Ihre Angaben zur Schadensregulierung | **bitte digital ausfüllen**

So füllen Sie den Fragebogen aus

1. Speichern Sie diese Datei und öffnen Sie sie mit dem kostenlosen Adobe Acrobat Reader (PC, Mac, Smartphone) oder direkt im Browser.
2. Klicken bzw. tippen Sie in die hellblauen Felder. Nur die mit * markierten Angaben benötigen wir unbedingt – alles andere gern, soweit Sie es wissen. Was nicht zutrifft, lassen Sie einfach leer.
3. Speichern Sie die ausgefüllte Datei und senden Sie sie per E-Mail an Ihre Ansprechpartnerin Frau Albrecht (albrecht@wohlleben-partner.de) zurück – gern zusammen mit Fotos und den in Abschnitt G genannten Unterlagen.

A Ihre persönlichen Angaben

Mandant/in bzw. Geschädigte/r – in der Regel der Eigentümer des beschädigten Fahrzeugs

Anrede: bitte wählen | Vorname * | Nachname * | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße * | Hausnr. * | PLZ * | Ort *

Telefon / Mobil * | E-Mail * | Firma (nur bei Firmenfahrzeug)

Bereits Mandant/in bei uns? ◯ ja ◯ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? bitte wählen

Empfohlen durch (Name)

IHRE BANKVERBINDUNG FÜR DIE WEITERLEITUNG VON ZAHLUNGEN

Die gegnerische Versicherung zahlt den Schadensersatz in der Regel auf das Konto unserer Kanzlei. Wir leiten die Zahlungen, die für Sie bestimmt sind, umgehend auf das folgende Konto an Sie weiter.

IBAN | Bank | Kontoinhaber/in (nur falls abweichend)

VERSICHERUNG UND STEUER

Rechtsschutzversicherung? ◯ ja ◯ nein

Rechtsschutzversicherer | Versicherungsnummer | Selbstbeteiligung (EUR)

Zum Vorsteuerabzug berechtigt (für dieses Fahrzeug)? ◯ ja ◯ nein

Vorsteuerabzug: in der Regel nur bei Unternehmern/Selbstständigen, deren Fahrzeug dem Betrieb zugeordnet ist. Im Zweifel bitte leer lassen – wir klären das mit Ihnen.

B Ihr Fahrzeug

Technische Daten (Erstzulassung, Kilometerstand usw.) entnehmen wir dem Gutachten

Amtliches Kennzeichen * | Hersteller / Marke | Modell / Typ | Stand Ihr Fahrzeug (geparkt)? ◯ ja ◯ nein

☐ Ich bin selbst gefahren (dann Fahrerfelder leer lassen) ☐ Ich bin selbst Halter/in (dann Halterfelder leer lassen)

Fahrer/in – Name | Fahrer/in – Anschrift

Halter/in – Name / Firma | Halter/in – Anschrift

Geleast oder finanziert?
◯ ja ◯ nein

Leasinggeber / finanzierende Bank

Vertragsnummer

Ihre Kfz-Haftpflichtversicherung

Kaskoversicherung
bitte wählen

SB Vollkasko (EUR)

C Angaben zum Unfallgegner

Soweit bekannt – z. B. aus dem Unfallbericht oder von der Polizei

Fahrer/in – Name

Fahrer/in – Anschrift

Halter/in (falls abweichend)

Halter/in – Anschrift

Amtliches Kennzeichen *

Zulassungsland
Deutschland

Marke / Typ

Haftpflichtversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Schaden-Nr. (falls schon vorhanden)

D Angaben zum Unfall

Unfalldatum (TT.MM.JJJJ) *

Uhrzeit (HH:MM)

Unfallort – Straße / Kreuzung *

PLZ / Ort *

Unfallsituation (am ehesten)
bitte wählen

Polizei vor Ort?
◯ ja ◯ nein

Polizeidienststelle

Vorgangs-/Tagebuch-Nr.

Verwarnungs-/Bußgeld erteilt?
bitte wählen

Hat der Gegner seine Schuld eingeräumt?
◯ ja ◯ nein

Gibt es Zeugen?
◯ ja ◯ nein

Zeuge 1 – Name

Zeuge 1 – Anschrift

Zeuge 1 – Telefon

Zeuge 2 – Name

Zeuge 2 – Anschrift

Zeuge 2 – Telefon

Unfallhergang – bitte schildern Sie den Ablauf in eigenen Worten (wer fuhr wo, in welche Richtung, was ist passiert?) *

Fotos, eine Skizze oder den Europäischen Unfallbericht schicken Sie uns bitte als Anlage zur E-Mail.

E Schaden und Regulierung

Gutachten beauftragt?
bitte wählen

Sachverständigenbüro

Werkstatt / Autohaus

Wie möchten Sie abrechnen?
bitte wählen

Ersatzfahrzeug
bitte wählen

Mietwagenfirma (falls schon angemietet)

angemietet seit (TT.MM.JJJJ)

Weitere beschädigte Gegenstände (z. B. Kleidung, Kindersitz, Handy)

Schon Kontakt mit der gegnerischen Versicherung?
◯ ja ◯ nein

Bereits Zahlungen erhalten?
◯ ja ◯ nein

Betrag (EUR)

F Personenschaden

Nur ausfüllen, wenn Sie oder Insassen verletzt wurden – Einzelheiten besprechen wir persönlich

Wurden Sie oder Insassen verletzt? *
◯ ja ◯ nein

Wer wurde verletzt? (Namen)

Art der Verletzungen / Beschwerden

Behandelt durch (Arzt / Krankenhaus)

erstmals am (TT.MM.JJJJ)

Krankenkasse

Arbeitsunfähig?
◯ ja ◯ nein

von (TT.MM.JJJJ)

bis (TT.MM.JJJJ)

Beruf / Arbeitgeber

G Unterlagen und Erklärungen

FOLGENDE UNTERLAGEN FÜGE ICH BEI

- ☐ Fotos vom Unfallort / Schaden
- ☐ Gutachten / Kostenvoranschlag
- ☐ Schreiben der Versicherung(en)
- ☐ Unterschriebene Vollmacht
- ☐ Unfallskizze / Europäischer Unfallbericht
- ☐ Rechnungen (Reparatur, Mietwagen, Abschleppen)
- ☐ Ärztliche Atteste / AU-Bescheinigungen

Weitere Hinweise an uns

ERKLÄRUNGEN

- ☐ Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. *
- ☐ Die Allgemeinen Mandatsbedingungen und die Datenschutzhinweise der Kanzlei habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- ☐ Ich bin mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden.

Ort *

Datum (TT.MM.JJJJ) *

Vor- und Nachname *

Unterschrift (nur erforderlich, wenn Sie den Bogen ausdrucken)

Direkter Kontakt zu Ihrem Anwalt

Rechtsanwalt Oleg Trusow-Boos
Fachanwalt für Verkehrsrecht

Fragen zum Fragebogen oder zu Ihrem Unfall? Scannen Sie einfach den QR-Code mit der Handykamera oder tippen bzw. klicken Sie ihn an.