

Wolf | Englberger Rechtsanwälte in Bürogemeinschaft
Bürogemeinschaft der selbstständigen und alleinverantwortlich tätigen Rechtsanwälte
Benedikt Wolf & Birgitta Englberger
Fraunhoferstr. 15
94315 Straubing

UNFALLFRAGEBOGEN (Teil 1)

Mandant (Geschädigter):

Vor- u. Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße / PLZ / Ort: _____
Beruf: _____
Familienstand: _____
Telefon / Handy: _____
E-Mail: _____
Bank: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Rechtsschutzversicherung:

Vers.-Gesellschaft: _____
Vers.-Nummer: _____

Fahrer (falls abweichend von obigen Angaben):

Vor- u. Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße / PLZ / Ort: _____
Telefon / Handy: _____

Eigenes Kfz:

Kfz-Kennzeichen: _____
Fahrzeugtyp: _____
versichert bei: _____
Police-Nummer: _____
Vers.- Art: Haftpflicht Teilkasko Vollkasko

UNFALLFRAGEBOGEN (Teil 3)

Weitere am Unfall beteiligte Personen (falls ja, bitte ausfüllen):

Vor- u. Nachname: _____
Straße / PLZ / Ort: _____

Gutachten (falls bereits vorhanden, bitte ausfüllen):

Gutachter: _____
Straße / PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Reparaturwerkstatt (soweit bereits beauftragt):

Werkstatt: _____
Straße / PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Personenschäden: JA NEIN

falls JA, bitte zusätzlich das Formular für Personenschäden ausfüllen!

Ort, Datum

Unterschrift

PERSONENSCHÄDEN (Zusatzbogen zum Unfallfragebogen – Teil 1)

Geschädigte Person:

Vor- u. Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / PLZ / Ort: _____

Familienstand: _____

Kinder: JA NEIN

Namen: _____

Krankenversicherung:

Krankenkasse: _____ Privat Gesetzlich

Anschrift: _____

Vers.-Nummer: _____

Arbeitsunfähig? (falls ja, bitte ausfüllen):

Datum: von: _____ bis: _____

Krankenhaus: von: _____ bis: _____

Anschrift: _____

beh. Arzt: _____

Anschrift: _____

Medikamentation: JA NEIN Welche? _____

Art und Umfang
der Verletzungen: _____

Med. Unterlagen: JA NEIN Welche? _____

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Fotos Sonstige

PERSONENSCHÄDEN (Zusatzbogen zum Unfallfragebogen – Teil 2)

Geschädigte Person:

Gurt angelegt? JA NEIN

Helm getragen? JA NEIN

Berufliche Angaben:

Ausgeübter Beruf: _____

Selbständig? JA NEIN

Nettoeinkommen: _____ (pro Monat)

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Berufsunfall? JA NEIN (zum Beispiel auf dem Weg von /zur Arbeit)

Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

Anschrift: _____

Rentenversicherung:

Gesetzlich? JA NEIN

Rentenvers.-anstalt: _____

Anschrift: _____

Rentenvers.-Nr.: _____

Ort, Datum

Unterschrift