

# Kucklick Börger Wolf & Söllner

dresdner-fachanwalt.de

## FRAGEBOGEN für UNFALLGESCHÄDIGTE

Die für die Schadenbearbeitung benötigten Daten werden gespeichert.

### - Daten zum Mandanten/Kunden -

<b>Name</b>		<b>Tel. privat</b>	
<b>Vorname</b>		<b>Tel. dienstl.</b>	
<b>Straße</b>		<b>Mobilfunk</b>	
<b>PLZ Wohnort</b>		<b>E-Mail</b>	

<b>Rechtsschutzversicherung</b>	<b>SB: €</b>	<b>Versicherungs-/Schaden-Nr.</b>
<b>Versicherungsnehmer</b>	<b>Beziehung zum Mandanten</b>	

<b>Bank</b>	<b>IBAN</b>

<b>amtl. Kennzeichen</b>	<b>Fahrzeug</b>
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<b>Vollkasko</b>
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> SB:

# Kucklick Börger Wolf & Söllner

dresdner-fachanwaelte.de

---

## - Daten zum Unfallgegner -

---

<b>amtl. Kennzeichen</b>	<b>Fahrzeug</b>
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<b>Versicherungs-/Schaden-Nr.</b>
<b>Fahrer</b> (Name, Vorname, Anschrift)	
<b>Versicherungsnehmer/Halter</b> (Name, Vorname, Anschrift – soweit bekannt)	

---

## - Daten zum Unfallhergang -

---

<b>Unfall: Datum, Zeit</b>	<b>Ort, Straße</b>
<b>Polizei-Dienststelle</b>	<b>Vorgangs-Nr. Polizei</b>
<b>Unfallhergang</b> (Verwenden Sie ggf. ein separates Blatt.)	

**Unfallskizze** (Verwenden Sie ggf. ein separates Blatt.)

<b>Zeugen</b> (Name, Vorname, Anschrift)
1.
2.

# Kucklick Börger Wolf & Söllner

dresdner-fachanwaelte.de

## - Bei beschädigtem Kfz beantworten -

amtl. Kennzeichen	Fahrzeug		
Fahrer des Fahrzeuges			
Gehört Kfz zum Betriebsvermögen?		Vorsteuerabzugsberechtigt?	
JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leasing? JA <input type="checkbox"/>		Finanzierung? JA <input type="checkbox"/>	
	NEIN <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Kaskoversicherung	SB: €	Versicherungs-/Schaden-Nr.	

## - Bei Ansprüchen wegen Personenschäden beantworten -

Name des/der Verletzten (Name, Vorname)		Tel.
Anschrift		Geb.
Art/Umfang der Verletzungen		
Krankenhausaufenthalt		Name des Krankenhauses
Vom	bis	
Ambulant behandelnde Ärzte (genaue Anschrift mit PLZ)		
1.		
2.		
3.		
Ist der Verletzte krankgeschrieben?		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	vom bis
Krankenkasse des Verletzten		
Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Weg von oder zur Arbeit?		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
Weitere Verletzte?		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	