

Mandantenbogen Verkehrsunfall

1. Eigene Daten

| | |
|--|--|
| Name: | Vorname: |
| Telefon: | Mobil: |
| Geburtsdatum: | E-Mail: |
| Adresse: | |
| Bankverbindung: | |
| Beruf: | Vorsteuerabzugsberechtigung: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| KFZ-Haftpflichtversicherung (eigene): _____ | |
| Firmenadresse: _____ | |
| Versicherungsnummer: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Vollkasko / <input type="checkbox"/> Teilkasko | |
| Rechtsschutz: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | |
| Versicherung: _____ | |
| Adresse: _____ | |
| Versicherungsnehmer: _____ | |
| Versicherungsnummer: _____ Selbstbehalt: _____ | |
| Unfalltag: | Unfallort: |
| Unfallzeit: | |
| Eigenes Kraftfahrzeug: | |
| Kennzeichen: | Fahrzeugtyp: |
| Eigentümer: | Adresse: |
| Fahrer: | Adresse: |
| Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit Halter, Leasingfahrzeug, etc.): | |
| | |
| Fahrzeug repariert? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Vorsteuerabzugsberechtigung? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| Während Reparatur: Mietwagen genommen? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | |
| Zeitraum: _____ Tage | Tägl. Fahrbedarf über 25 km? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |

2. Gegnerisches Kraftfahrzeug:

| | |
|---|--------------|
| Kennzeichen: | Fahrzeugtyp: |
| Eigentümer: | Adresse: |
| Fahrer: | Adresse: |
| Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit Halter, Leasingfahrzeug, etc.): | |
| | |
| KFZ-Haftpflichtversicherung (Gegner): _____ | |
| Firmenadresse: _____ | |
| Versicherungsnummer: _____ | |
| Schadenummer: _____ | |

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug & Kennzeichen, Versicherung, etc.)

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

3. Zeugen

| 1. Zeuge | 2. Zeuge |
|---|---------------------|
| Name: _____ | Name: _____ |
| Anschrift: _____ | Anschrift: _____ |
| Telefon: _____ | Telefon: _____ |
| Weitere Zeugen auf gesondertem Blatt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | |

4. Unfallgeschehen:

| | |
|---|---|
| Unfallhergang: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | |
| Gutachter bereits beauftragt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Gutachten erfolgt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| Gutachter bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Sicherheitsabtretung erfolgt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |

Polizeiliche Unfallaufnahme

| | |
|----------------------------|---------------------|
| Polizeidienststelle: _____ | Aktenzeichen: _____ |
| Adresse: _____ | |

5. Verletzte

| |
|--|
| Name der verletzten Person: _____ |
| Ggf. pers. Daten (Anschrift, Telefon, etc.): _____ _____ |
| Beruf und Einkommen: _____ |
| Ärztliche Erstbehandlung (wenn aus Bericht ersichtlich, nicht ausfüllen) |
| Klinik/Arzt: _____ |
| Adresse: _____ |
| Verletzungen: _____ |

Weiter verbleibende Beschwerden: _____

Arbeitsunfähigkeit über ____ Wochen; ärztlich attestiert __ja / __nein

Besteht eine Krankenversicherung? __ja / __nein / __ja, eine private

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? __ja / __nein

Wenn ja, Name der Berufsgenossenschaft: _____

6. Anlagen

Bitte fügen Sie die als Anhang angeführten Unterlagen bei, sofern diese bei Ihnen vorhanden sind, und markieren dies jeweils mit einem Kreuz:

- Unfallskizze
- Bilder vom Unfallort
- Gutachten
- Reparurrechnung
- Kostenvoranschlag
- Unterlagen der eigenen Versicherung
- Schreiben der Polizeidienststelle/Visitenkarte
- Schreiben der gegnerischen Versicherung
- Arztbericht/ärztliches Attest
- Rechnungen ärztliche Heilkosten
- Schweigepflichtenbindungserklärung
- Weitere Unterlagen

Wenn ja, welche?
