

Herrn Rechtsanwalt
Benedikt Wolf
Fraunhoferstr. 18
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 ☐



Gegner (Schädiger):

Straße / PLZ / Ort:

Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs (falls abweichend von obigen Angaben):

Straße / PLZ / Ort

Unfallort:

Unfalldatum: _____

Unfallzeit: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

Vor- u. Nachname: _____

Wolf Rechtsanwalt | Fraunhoferstr. 18 | 94315 Straubing | T 09421/70311-0 | F 09421/70311-11 | E info@ra-wolf-sr.de | www.ra-wolf-sr.de

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