

## Unfallfragebogen

Schwarzwaldstraße 32 · 77933 Lahr  
Telefon 07821 260 74 · Telefax 07821 260 76  
bl@bl-anwaltskanzlei.de

### I. Mandant / Anspruchsteller

1. Name Fahrzeughalter		
2. Anschrift (Straße/Hausnummer):	(PLZ)	(Ort)
3. Telefon/Fax		
4. E-Mail privat		
<input type="checkbox"/> Ich bin mit einem unverschlüsselten E-Mail-Verkehr mit mir einverstanden. <input type="checkbox"/> Ich bin mit einem unverschlüsselten E-Mail-Verkehr mit an der Angelegenheit beteiligten Dritten (z.B. Versicherung, Behörde, Werkstatt, Sachverständigen, Arbeitgeber, Rechtsanwälte, u.a.) einverstanden. <input type="checkbox"/> Ich bin mit einem unverschlüsselten E-Mail-Verkehr <b>nicht</b> einverstanden. In diesem Falle erfolgt die Kommunikation ausschließlich per Post.		
5. Name Fahrer		
6. Anschrift (Straße/Hausnummer)	(PLZ)	(Ort)
7. Typ/Kennzeichen Fahrzeug		
8. Bezeichnung Leasinggeber		
9. Vertragsnr. Leasinggeber		
10. Bankverbindung Fahrzeughalter/ Kreditinstitut		
IBAN	BIC	
11. Vorsteuerabzugsberechtigung		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### II. Unfallgegner

1. Name und Anschrift des Halters		
(Straße/Hausnummer)	(PLZ)	(Ort)
2. Name und Anschrift des Fahrers		
(Straße/Hausnummer)	(PLZ)	(Ort)
3. Haftpflichtversicherung	Versicherungsnummer	
4. Kennzeichen des Fahrzeuges		

## Unfallfragebogen

### III. Unfall

1. Unfallort
2. Unfalldatum
3. Uhrzeit des Unfalls
4. Unfallschilderung
5. Unfallzeugen
6. Polizeidienststelle

### IV.

1. Gutachter:
2. Reparaturauftrag erteilt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### V. Verletzungen

1. Name des Verletzten:		
2. Anschrift des Verletzten (Straße/Hausnummer)	(PLZ)	(Ort)
3. Verletzungen		
4. Name u. Anschrift behandelnder Arzt		
5. Stationärer Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
6. Name und Anschrift Krankenhaus		
7. Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes		
8. Arbeitsunfähig von                      bis		
9. Berufsunfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## Unfallfragebogen

Schwarzwaldstraße 32 · 77933 Lahr  
Telefon 07821 260 74 · Telefax 07821 260 76  
bl@bl-anwaltskanzlei.de

### VI. Eigene Versicherung

1. Haftpflichtversicherung
Vollkaskoversicherung/Versicherungsnr.
Selbstbeteiligung EUR
Teilkaskoversicherung/Versicherungsnr.
2. Rechtsschutzversicherung/Versicherungsnr.
Selbstbeteiligung EUR

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Hiermit bestätige ich, dass ich eine Ausfertigung des Formblatts „Hinweise zur Datenverarbeitung“ erhalten habe.

Ich habe die Hinweise gelesen, verstanden und bin damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (TT.MM.JJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift