

Kanzlei Manusch | Heinsch  
Berliner Straße 23  
36119 Neuhof  
Tel. 06655 - 5040 Fax 06655 - 5049  
[www.kanzlei-manusch.de](http://www.kanzlei-manusch.de)



bitte **vorab** per  
Kontaktformular  
oder Mail an  
[kanzlei@kanzlei-  
manusch.de](mailto:kanzlei@kanzlei-manusch.de)

## (Verkehrs-)Unfallfragebogen

### 1. Mandanteninformationen (Eigentümer/Halter)

(Firmen-)Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (kein Postfach): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Eintragung im Handelsregister? Falls ja, Nr: \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigung: JA [ ] NEIN [ ]

Rechtsschutzversicherung: \_\_\_\_\_

VersicherungsscheinNr.: \_\_\_\_\_ Schadenummer: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

### 2. Beschädigtes Fahrzeug

Typ: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_ Kaufdatum & Preis: \_\_\_\_\_

o. Finanzierung/Leasing bei: \_\_\_\_\_

Vorbesitzer: \_\_\_\_\_ Laufleistung: \_\_\_\_\_

Eigene PKW-Versicherung: \_\_\_\_\_ VersicherungsNr: \_\_\_\_\_

Art der Versicherung: nur Haftpflicht [ ] Teilkasko [ ] Vollkasko [ ]

Gutachten/KVA veranlasst bei: \_\_\_\_\_

Fahrer zum Unfallzeitpunkt: \_\_\_\_\_

### 3. Unfallgegner

Typ: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Halter: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_ VersicherungsNr: \_\_\_\_\_

Anhänger: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_ VersicherungsNr: \_\_\_\_\_

4. **Weitere Beteiligte**

5. **Unfallaufnahme:**

Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

6. **Zeugen** (Name/Adresse):

7. **Unfallhergang** (Ortsbeschreibung, Fahrtrichtung, Sichtverhältnisse, Geschehensablauf, Folgen, etc):

Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_ Unfallort: \_\_\_\_\_

Schilderung:

Skizze:

**8. Schäden:**

**Personenschäden** (bitte bereits wenn möglich ärztliche Auskünfte einholen, siehe Formular Arztbericht!):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Nettogehalt p.m. \_\_\_\_\_

Bezug von Rente: monatlicher Betrag \_\_\_\_\_

Art & Umfang der Verletzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im KH \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Ambulante Termine: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Berufs-/Arbeitswegunfall? Falls ja, bitte ausführen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird als Folge Hilfe bei der Haushaltsführung benötigt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sachschäden** (sofern es sich um ein KFZ handelt, bitte bereits zumindest einen Kostenvoranschlag einholen & übersenden!)

Beschädigte Sache: \_\_\_\_\_

Eigentümer der Sache: \_\_\_\_\_

Art & Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum der Anschaffung: \_\_\_\_\_ Preis: \_\_\_\_\_

(Möglicher) Zeitwert & Benennung von Vergleichsfaktoren: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_ Voraus. Wiederherstellungskosten: \_\_\_\_\_

Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift