

Los geht's:

SCHRITT 1:

Damit wir Ihren Anspruch auf Entschädigung und Schadenersatz prüfen können, füllen Sie bitte den nachstehenden Fragebogen wahrheitsgemäß aus.

Bei Fragen rufen Sie uns unter **02626 – 6079** an. Wir rufen auch gerne zurück.

SCHRITT 2:

Nehmen Sie einen großen Umschlag und prüfen Sie ob Sie alles für uns zusammen haben.

- den Fragebogen,
- die unterzeichnete Vollmacht sowie
- ggf. eine Entbindungserklärung

falls vorhanden:

- Rechnungen und Kostenbelege (Mietwagen / Abschleppkosten, etc.)
- Schadensgutachten / Kostenvoranschlag (gerne auch per Email)

Sollten Ihnen vom Gegner Unterlagen zur Verfügung gestellt worden sein, senden Sie diese bitte mit ein.

SCHRITT 3 (Nur wenn jemand verletzt wurde):

Die Unterlagen und Adressen der behandelnden Ärzte sind wichtig. Gerne kümmern wir uns auch darum. Dann benötigen wir die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht. Sollten Sie bereits im Besitz Arztberichten und Diagnosen sein, bitten wir Sie uns diese – neben der Entbindungserklärung - ebenfalls zu übersenden

SCHRITT 4:

Sie können uns Ihre Unterlagen per

Post Kanzlei Karl-Erich Opper, Kirchstrasse 1, 56242 Selters
Fax : 02626 – 5186
Email : post@ra-opper.de

übersenden.

Sobald Ihre Unterlagen bei uns eingegangen sind setzen wir uns umgehend mit Ihnen in Kontakt, um die letzten Details mit Ihnen zu besprechen oder offene Fragen zu klären. Gerne bearbeiten und beantworten wir Ihnen auch Ihr Anliegen auch per Email, falls dieses von Ihnen gewünscht ist.

Noch Fragen ? Rufen Sie mich einfach unter 02626 – 6079 an

Karl-Erich Opper

Rechtsanwalt

Unfallfragebogen für Mandanten

Kanzlei AZ:	_____
In Sachen:	_____
Kanzlei Sachb.:	_____
<i>Feld bitte nicht beschriften</i>	

Rechnungen und sonstige Belege nach Möglichkeit im Original beifügen.

1. Anspruchsteller / Mandant

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Strasse:	_____	Telefon:	_____
E-Mail:	_____	Mobil:	_____
Beruf:	_____	BIC.:	_____
IBAN:	_____	Institut:	_____

2. Gegnerischer Fahrzeughalter (Gegner)

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Strasse:	_____	Telefon:	_____
Versichert bei:	_____	Policen-Nr.:	_____
Wenn Kennzeichen gegnerisches Fahrzeug: _____			
Wenn eine andere Person als der Halter das Kfz gesteuert hat (Gegnerischer Fahrer)			
Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Strasse:	_____	Telefon:	_____

3. Der Unfall

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Genauer Unfallablauf mit Skizze (*ggf. auf gesondertem Blatt*):

Andere am Unfall Beteiligte (Name, Anschrift, Kfz-Kennzeichen, ggf. auf gesondertem Blatt):

Unfallzeugen (Name, Anschrift, ggf. auf gesondertem Blatt):

1.

2.

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? Ja Nein

Wenn **JA**:

Dienststelle: _____ Aktenzeichen: _____

Wurde jemand von der Polizei verwahrt? Gegnerischer Fahrer Mandant / eigener Fahrer keiner

4. Bei Kfz –Schaden am eigenen Fahrzeug:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____

Baujahr: _____ Kilometerstand: _____

Kennzeichen: _____

Besteht eine Vorsteuerabzugsberechtigung: Ja Nein

Hat das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung? Ja Nein

wenn **JA**:

Vollkasko-Vers.: _____ Selbstbeteiligung €: _____ Nr.: _____

Ist der Schaden am Auto besichtigt worden? Ja Nein

Wurde ein Schadensgutachten (o.ä.) erstellt? Ja Nein

Wenn **JA**: Bitte übersenden Sie das Gutachten / Schadensfeststellung / Kostenvoranschlag.

Wenn **NEIN**: Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

5. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden aufgrund des Unfalls bitte zusätzlich ausfüllen:

Angaben zum Verletzten: (Falls mehrere Personen bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Strasse: _____ Telefon: _____

6. Angaben zu den Verletzungen (Falls mehrere Personen bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Art/Umfang: _____

Sicherheitsgurt angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

_____ Tel.: _____

Ambulant behandelnde Ärzte (ggf. auf gesondertem Blatt): _____

_____ Tel.: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein

von: _____ bis (voraussichtlich): _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

Bitte entbinden Sie im Falle einer Verletzung die behandelnden Ärzte mittels unseres Formulars