

**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

<b>Post</b>	Kanzlei Karl-Erich Opper, Bahnhofstrasse 32, 56242 Selters
<b>Fax :</b>	02626 – 5186
<b>Email :</b>	<a href="mailto:post@ra-opper.de">post@ra-opper.de</a>

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**