

Unfallbericht

Kanzlei Greiner – Zimmermann, Heindörfer und Westenberger

Bahnhofstraße 40 94032 Passau
Tel. 0851/98839-0 Fax: 0851/98839-15
e-mail: kanzlei@anwaelte-passau.com

Damit wir Ihren Unfall schnellstmöglich bearbeiten können, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen aus. Soweit Ihnen die Daten nicht bekannt sind, lassen sie die entsprechenden Felder frei. Wir kümmern uns dann darum, die Informationen für Sie in Erfahrung zu bringen.

I. Unfalldaten und Unfallhergang:

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Unfallort: (möglichst mit Angabe von Straßennamen, Bundesstraße, BAB Abzweigungen usw).

Nur bei Auslandsunfall: Nummer der grünen Karte: _____

Berufsunfall/ Wegeunfall: ja nein

Zeugen (Name, Anschrift, Telefon):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

polizeiliche Unfallaufnahme durch PI: _____ Az: _____

Alkoholtest: ja (Promillewert: _____) nein

Strafantrag: ja (wegen _____) nein

Unfallskizze: bitte Fahrbahnen, ggf. Verkehrszeichen, Bremsspuren usw. skizzieren

Bitte Angaben der Anstoßstellen an beiden Fahrzeugen durch Kreuz markieren

II. Unfallbeteiligte:**Mandant:**

Vorname, Name: _____ Geb. datum: _____

Adresse: _____ e- mail: _____

Festnetzanschluss/ Handy/ (möglichst unter Angabe der Erreichbarkeit)

Bankverbindung (Bank, BLZ, Kontonummer) – zur schnellen Weiterleitung eingehender Beträge:

Vorsteuerabzugsberechtigung: ja nein

- Mandant ist (ankreuzen)
- nur Fahrzeughalter
 - nur Fahrzeugführer
 - Fahrzeugführer und Fahrzeughalter

Angaben zum Fahrzeugführer – nur ausfüllen bei Personenverschiedenheit zu Mandant

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Tel. /Handy: _____

Fahrzeugdaten des Mandanten:

Fahrzeugtyp: _____ Baujahr: _____

Kennzeichen: _____

Versicherungsdaten des Mandanten (nur Versicherungsgesellschaft u. Vers.nr. ohne Anschrift)

Kfz – Haftpflichtversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Rechtsschutzversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Unfallversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Unfallgegner:

Vorname, Name: _____ Geb. datum: _____

Adresse: _____ e- mail: _____

Angaben zum Fahrzeugführer – nur bei Personenverschiedenheit zum Unfallgegner:

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Tel. /Handy: _____

Fahrzeugdaten des Unfallgegners

Fahrzeugtyp: _____ Baujahr: _____

Kennzeichen: _____

Versicherungsdaten des Unfallgegners (Gesellschaft und Vers.nr. ohne Anschrift)

Kfz – Haftpflichtversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

III. Unfallschaden:**Fahrzeugschaden:**

Sachverständiger beauftragt, wenn ja Name und Anschrift: _____

Rep.-Firma: _____

Angaben zum Schadensumfang: Reparaturschaden / Totalschaden/etc. (nur ungefähre Angaben)

Personenschaden

1. Vorname, Name, Anschrift der Verletzten Personen:

2. Art und Umfang der Verletzungen

3. Dauer stationärer Behandlung und Anschrift des Klinikums

4. Namen und Anschriften der weiter behandelnden Ärzte:

Sonstige Schäden an Kleidung / Wertsachen (zB Handy) unter Angabe des ungefähren Wertes

Verdienstausfall: ja nein

IV. Sofort zu veranlassende Maßnahmen (wird von der Kanzlei ausgefüllt)

- Schadensmeldung Büro Grüne Karte
- Zentralruf Halteranfrage
- Rechtsschutz Deckungsanfrage
- Sachverständigen / Werkstatt kontaktieren
- Akteneinsicht PI beantragen
- Arztbericht anfordern bei
- Unfallgegner kontaktieren
- folgende Unterlagen anfordern:
- Sonstiges:
- Wiedervorlagen