



## Fragebogen zum Unfallgeschehen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und lassen Sie uns diesen per Fax oder Post zukommen. Ihre Angaben werden uns einen ersten Überblick geben und ermöglichen so eine zügige Bearbeitung Ihres Verkehrsunfalls. Die von Ihnen angegebenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung dieses Mandates gespeichert.

Ernst-Merck-Straße 12-14  
Merckhof  
20099 Hamburg  
Telefon: 040 - 24 13 51  
Telefax: 040 - 280 23 35  
kontakt@kanzlei-johannsen.de  
www.kanzlei-johannsen.de

### A. Persönliche Angaben

#### 1. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

Bankverbindung \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja  Nein

#### 2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Firmenadresse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Vollkasko  Teilkasko

Versicherung \_\_\_\_\_

VersicherungsNr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Selbstbehalt in € \_\_\_\_\_



Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Rechtsschutz \_\_\_\_\_

VersicherungsNr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ernst-Merck-Straße 12-14  
Merckhof  
20099 Hamburg

Telefon: 040 - 24 13 51  
Telefax: 040 - 280 23 35  
kontakt@kanzlei-johannsen.de  
www.kanzlei-johannsen.de

## B. Angaben zum Unfallgeschehen

Unfalltag \_\_\_\_\_

Unfallort \_\_\_\_\_ Unfallzeit \_\_\_\_\_

Eigenes Kfz \_\_\_\_\_ Gegnerisches Kfz \_\_\_\_\_

Kennzeichen \_\_\_\_\_ Kennzeichen \_\_\_\_\_

Fahrzeugtyp \_\_\_\_\_ Fahrzeugtyp \_\_\_\_\_

Eigentümer \_\_\_\_\_ Halter \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Fahrer \_\_\_\_\_ Fahrer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Ggf. Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit dem Halter, Leasingfahrzeug etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung

Firma (oder Daten aus beigefügten Schreiben) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

ersichtlich Ja

VersicherungsNr. \_\_\_\_\_

Schadenummer \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug und Kennzeichen, Versicherung etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**C. Angaben bei Fahrzeugschäden**

- Fahrzeug bereits repariert? Ja  Nein
- Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja  Nein
- Wenn repariert: Mietwagen genommen? Ja  Nein
- Zeitraum in Tagen \_\_\_\_\_
- Täglicher Fahrbedarf über 25km hinaus? Ja  Nein
- Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? Ja  Nein
- wenn ja: Gutachter bereits bezahlt? Ja  Nein
- Sicherheitsabtretung erfolgt? Ja  Nein

Ernst-Merck-Straße 12-14  
Merckhof  
20099 Hamburg  
  
Telefon: 040 - 24 13 51  
Telefax: 040 - 280 23 35  
kontakt@kanzlei-johannsen.de  
www.kanzlei-johannsen.de

**D. Angaben bei Personenschäden**

Name der verletzten Person Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf und Einkommen

\_\_\_\_\_

Ärztliche Erstbehandlung am

\_\_\_\_\_

Ggf. Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Verletzungen

\_\_\_\_\_

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“)

\_\_\_\_\_

Ggf. Daten aus Bericht ersichtlich

Klinik/Arzt

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Verletzungen

\_\_\_\_\_

Weiter verbleibende Beschwerden

\_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit über wieviele Wochen

\_\_\_\_\_

ärztlich attestiert? Ja  Nein



**D. Angaben bei Personenschäden**

Besteht eine Krankenversicherung? Ja (gesetzlich)  Ja (privat)  Nein

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja  Nein

Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft

---

---

---

Ernst-Merck-Straße 12-14  
Merckhof  
20099 Hamburg

Telefon: 040 - 24 13 51

Telefax: 040 - 280 23 35

[kontakt@kanzlei-johannsen.de](mailto:kontakt@kanzlei-johannsen.de)

[www.kanzlei-johannsen.de](http://www.kanzlei-johannsen.de)

**E. Weitere Unterlagen als Anhang**

Bitte fügen Sie auch die als Anhang angeführten Unterlagen bei, sofern diese bei Ihnen vorhanden sind und markieren diese jeweils mit einem Kreuz:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unfallskizze                    | <input type="checkbox"/> Bilder vom Unfallort                |
| <input type="checkbox"/> Gutachten/Reparaturrechnung     | <input type="checkbox"/> KostenVA                            |
| <input type="checkbox"/> Arztbericht/ärztliches Attest   | <input type="checkbox"/> Unterlagen der eigenen Versicherung |
| <input type="checkbox"/> Schreiben Polizeidienststelle   | <input type="checkbox"/> Visitenkarte Polizeidienststelle    |
| <input type="checkbox"/> Rechnungen ärztliche Heilkosten | <input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindungserklärung |
| <input type="checkbox"/> Weitere Unterlagen              | <input type="checkbox"/> Schreiben gegnerische Haftpflicht V |
|  | <input type="checkbox"/> _____                               |

---

Ort, Datum

Unterschrift