



ANWALTSKANZLEI THIERY - Rechtsanwältin Gabriele THIERY
Wagnerbruch 6, 66679 Losheim am See

Mandantenfragebogen Verkehrsrecht

Bitte füllen

Sie den Fragenbogen sorgfältig aus. Ihre Fragen wird Ihre Rechtsanwältin sehr gerne mit Ihnen klären und besprechen. Ihre Rechtsanwältin und das Kanzleipersonal unterliegen der anwaltlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Daten des Mandanten

Anrede: Frau Herr Eheleute Firma

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Telefax: _____ Mobil: _____

Ich bin einverstanden mit einem unverschlüsselten E-Mail Verkehr an meine E-Mail -Adresse: _____

Bankverbindung zur Überweisung von Fremdgeldern

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Umfang des Vorsteuerabzugs 50% 100 %

Fahrzeugdaten

Eigentümer des Fahrzeugs (abweichend vom Mandanten)

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Leasinggeber: _____

Sicherungseigentümer: _____

Fahrer des Fahrzeugs (abweichend vom Mandanten)

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ E-Mailadresse: _____

Fahrzeug: Amtliches Kennzeichen: _____

Hersteller: _____ Typ: _____

Baujahr: _____ Vorschäden: _____

Versicherungsdaten

KFZ-Haftpflichtversicherer

Unternehmen: _____

Vollkasko Ja Nein Selbstbehalt **oder Teilkasko** Ja Nein Selbstbehalt

Privater Unfallversicherer

Unternehmen: _____

Versicherungsschein-Nr: _____

Rechtsschutzversicherer

Unternehmen: _____

Versicherungsschein-Nr: _____

Krankenversicherer

Unternehmen: _____

Gesetzlich Privat Beihilfe

Gesetzlicher Unfallversicherer (Berufsgenossenschaft)

Unternehmen/Körperschaft: _____

Mitgliedsnummer: _____

Wegeunfall Ja Nein

Angaben zum Anspruchsgegner

Daten des Anspruchsgegners

Fahrer des gegnerischen Unfallfahrzeuges

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Halter des gegnerischen Unfallfahrzeuges

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Haftpflichtversicherer des gegnerischen Unfallfahrzeuges

Unternehmen: _____

Zuständige Direktion: _____

Zuständiger Sachbearbeiter: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Vertrag

Versicherungsscheinnummer: _____

Doppelkartenummer: _____

Schadensnummer: _____

Unfalldaten

Unfallzeitpunkt: Datum: _____ **Uhrzeit:** _____

Besonderheiten: _____

Unfallort

Unfallort ggfs. Staat: _____

Straße: _____

Polizei:

Polizeidienststelle: _____

Zuständiger Sachbearbeiter: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Tagebuch-Einsatzblattnummer/AZ.: _____

Unfallzeugen:

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Unfallzeugen:

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Gibt es weitere Zeugen Nein Ja (bitte auf der Rückseite ergänzen)

Daten über Sachschäden

Fahrzeugschaden:

Reparaturschaden konkret fiktiv

Totalschaden technisch wirtschaftlich 130% Regelung konkret fiktiv

Neuwagenabrechnung Ersatzwagenbeschaffung

Wertminderung:

technisch merkantil

Bezifferung des Fahrzeugschadens:

Reparaturkostenrechnung Sachverständigengutachten Kostenvoranschlag

Ausfallschaden:

Mietwagenkosten

Nutzungsausfall konkret pauschaliert täglicher Fahrbedarf

Vorhaltekosten

Sonstige gängige Schadenspositionen

Abschleppkosten : _____

Standgeld: _____

Entsorgungskosten: _____

Umbaukosten: _____

An- und Abmeldekosten: _____

Schilderkosten: _____

Finanzierungskosten _____

Auslagenpauschale : _____

Daten über Personenschäden

Wegeunfall Ja Nein ggfs. Berufsgenossenschaft: _____

Ärztliche Erstbehandlung:

Name, Vorname des Arztes /Klinik : _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Ärztliche Weiterbehandlung:

Name, Vorname des Arztes /Klinik : _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

Tel/ Fax/ E-Mailadresse: _____

Geburtsdatum des Mandanten: _____

Schmerzensgeld:

- Arztbericht vorhanden
- Arztbericht anfordern
- Behandlungskosten/Nachweise : _____
- Vermehrte Bedürfnisse
- Verdienstaussfall
- Haushaltshilfeschaden
- Bei Privater Unfallversicherung

Dauerschaden Ja Nein

- Ablauf der Jahresfrist (Invaliditätseintritt)
- Ablauf der 15 Monate Frist (Anmeldung + Feststellung der Invalidität)
- Ablauf einer kürzeren Frist für Krankenhaustagegeld

Erklärungen des Mandaten

- Zivilprozessvollmacht
- Strafprozessvollmacht
- Schweigepflichtenentbindungserklärung
- Abtretungserklärung(en)