

RA DR. JUR. ANDREAS R. KIRSCH / Forster Straße 25 / 67150 Niederkirchen

DR. JUR. ANDREAS R. KIRSCH  
RECHTSANWALT  
FACHANWALT FÜR STRAFRECHT

PETER KIRSCH\*  
RECHTSANWALT  
FACHANWALT FÜR FAMILIENRECHT

**KONTAKT**  
Forster Straße 25  
67150 Niederkirchen bei Deidesheim

Telefon **06326 / 989 98 00**  
Telefax **06326 / 989 98 01**  
Mobil **0171 / 740 20 14**

E-Mail **mail@kirsch-und-kollegen.de**  
Web **kirsch-und-kollegen.de**

# Kurzfragebogen Unfall

## I. Persönliche Angaben:

### 1. Angaben zur Person

Name, Vorname:

Beruf:

Adresse:

Vorsteuerabzugsberechtigung:  JA  NEIN

Telefon:

E-Mail:

IBAN:

Rechtsschutzversicherung:  JA  NEIN

Versicherung:

Versicherungsnummer:

### 2. Angaben zur eigenen KFZ-Versicherung

KFZ-Haftpflichtversicherung:

Vollkasko- / Teilkaskoversicherung:

## II. Angaben zum Unfallgeschehen:

Unfalltag:

Unfallort:

Eigenes KFZ

amtl. Kennzeichen:

Eigentümer:

Fahrzeugtyp:

Fahrer:

Ggf. Typschlüsselnummer:

Finanzierung oder Leasing?

### BANKVERBINDUNG

Hypo Vereinsbank · IBAN DE09 5402 0090 6970 1149 29 · BIC HYVEDEMM482  
Steuer-Nr. 31/085/00780 · \*Freier Mitarbeiter



Deutscher Anwaltverein  
Arbeitsgemeinschaft  
Verkehrsrecht



Gegnerisches KFZ

Kennzeichen:

Fahrzeugtyp:

Halter:

Fahrer:

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Gesellschaft:

Versicherungsnummer:

Schadenummer:

Ggf. weitere Unfallbeteiligte: (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc., ggf. auf Beiblatt)

**III. Zeugen:**

1. Zeuge:

2. Zeuge:

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Kontakt:

Kontakt:

Weitere Zeugen? Beiblatt  JA

**IV. Unfallhergang:**

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

**V. Unfallskizze:**

Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze auf einem Beiblatt an.

Beiblatt beigelegt:  JA  NEIN

**VI. Polizeiliche Aufnahme:**

Unfall polizeilich aufgenommen: JA NEIN

Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Hat der Schädiger die Schuld am Unfall zugestanden: JA NEIN

Wurde der Schädiger verwarnt: JA NEIN k.A.

**VII. Fahrzeugschäden:**

Fahrzeug repariert: JA NEIN

Wenn ja, wurde ein Mietwagen genommen: JA NEIN

Wenn ja, in welchen Zeitraum: \_\_\_\_\_ Tage, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus: JA NEIN

Gutachter bereits beauftragt / Gutachten erfolgt: JA NEIN

Wenn ja, Gutachter bereits bezahlt: JA NEIN

Sicherheitsabtretung an Gutachter erfolgt: JA NEIN

**VIII. Personenschäden**

Name der verletzten Person: \_\_\_\_\_ Persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.): \_\_\_\_\_

Ärztliche Erstbehandlung: \_\_\_\_\_ ggf. Daten aus Bericht ersichtlich? JA

Klinik / Arzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Verletzungen:

Ärztliche Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“): \_\_\_\_\_

ggf. Daten aus Bericht ersichtlich? JA NEIN

Klinik / Arzt: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_ ggf. Daten aus Bericht ersichtlich? JA

Arbeitsunfähigkeit über \_\_\_\_\_ Wochen: ärztlich attestiert: JA NEIN

Wenn ja, Attest liegt bei: JA NEIN

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: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_