

Arbeitsblatt in Unfallsachen

Datum:

Mandant:
 (Name und Vorname)

Beruf:..... Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Anschrift:

Telefon: Konto: BLZ:

Bank:

Fahrer:

Fahrzeughalter:

Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung: Nr.:

Vollkaskoversicherung: Selbstbeteiligung: €..... Nr.:

Teilkaskoversicherung: Nr.:

Rechtsschutzversicherung: Nr.:

Gegner:

Anschrift:

Fahrer:

Fahrzeughalter:

Fahrzeugart: Fabrikat:

Amtliches Kennzeichen:

Versichert bei:

Policen—Nr.: Aktz. des Versicherers:

Unfallort:

Unfalltag: Uhrzeit:

Polizeilich aufgenommen: ja nein

Polizeistation: Tagebuch-Nr.:

Gebührenpflichtige Verwarnung: ja nein Gegner Mandant

Bußgeld: € Einspruch gegen Bescheid: ja nein

Alkoholtest: ja nein Gegner

Strafantrag ist - wird gestellt von Mandant uns

Aktz. Staatsanwalt: Gericht:

Unfallschilderung

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sicht- und Straßenverhältnisse am Unfallort:

.....
.....
.....
.....
.....

Zeugen

.....
.....
.....

Fahrzeugschaden: Totalschaden Reparaturschaden

Art und Umfang der Beschädigung:
.....
.....

Fahrzeugart: Fabrikat: Baujahr: km-Stand:

Erstzulassung: Fahrgestell-Nr: Motor-Nr.:

Hubraum: aml. Kennz.:

Wie viele Vorbesitzer sind im Kfz-Brief eingetragen?

Reparaturfirma: Telefon:

Reparatur durchgeführt: ja nein Wann abgeschlossen?

Wann und zu welchem Preis ist das Fahrzeug angeschafft worden?

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: €

Besichtigung möglich bei

SV- Gutachten erforderlich: ja nein
 Bereits veranlasst: ja nein
 Soll von uns veranlasst werden: ja nein

Welcher Gutachter?

Frühere Schäden, Zahl und Umfang:

Personenschaden

Name der Verletzten:

Anschrift:

Telefon: Geburtsdatum:

Familienstand:..... Zahl und Alter der Kinder:

Ausgeübter Beruf:..... selbständig: ja nein

mtl. Nettoeinkommen: €.....

Name des Arbeitgebers:

Anschrift:

Telefon:

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja nein
 von wem ? monatlich €.....

Art und Umfang der Verletzung:

Sicherheitsgurt angelegt: von Mandant ja nein; von Gegner ja nein

Sturzhelm getragen: von Mandant ja nein; von Gegner ja nein

Arbeitsunfähig von bis

Krankenhausaufenthalt von bis (voraussichtlich).....

Name und Anschrift des Krankenhauses:

.....

Telefon: Behandelnder Arzt:

Ambulant behandelnde Ärzte:

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 Wege zur Arbeit oder von der Arbeit ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

Bei welcher Anstalt?.....

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....