

Arbeitsblatt in Unfallsachen

Datum: _____

Mandant: _____

Beruf: _____ Vorsteuerabzugsberechtigt: () ja () nein

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____

IBAN: _____ BIC: _____

eMail-Adresse: _____ auf Kanzlei aufmerksam geworden durch: _____

Fahrer: _____

Fahrzeughalter: _____

Durch welche Gesellschaft 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: _____ a.K.: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____ Az. des Versicherers: _____

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____ polizeilich aufgenommen? () ja () nein ()

Polizeistation: _____ Tgb.-Nr.: _____

Gebührenpflichtige Verwarnung: () ja () nein () Gegner () Mandant

Bußgeld: _____ Einspruch gegen Bescheid: () ja () nein

Alkoholtest: () ja () nein () Gegner, Ergebnis: _____ () Mandant, Ergebnis: _____

Strafantrag ist wird gestellt von () Mandant () uns

Aktenzeichen Staatsanwaltschaft: _____ Gericht: _____
Unfallschilderung:

Sicht- und Straßenverhältnisse am Unfallort:

Zeugen:

Fahrzeugschaden:

Totalschaden Reparaturschaden

Art und Umfang der Beschädigung:

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____

km-Stand: _____ a.K.: _____ Erstzulassung: _____

Fahrgestell-Nr.: _____ Motor-Nr.: _____ Hubraum: _____ ccm

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief 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 _____ des _____ Verletzten: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ selbständig () ja () nein

Monatliches Nettoeinkommen: _____

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? () ja () nein

Von wem? _____ monatlich: _____

Art und Umfang der Verletzungen:

Sicherheitsgurt angelegt: Von Mandant () ja () nein von Gegner () ja () nein

Sturzhelm getragen: Von Mandant () ja () nein von Gegner () ja () nein

Arbeitsunfähig vom _____ bis _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Telefon: _____ behandelnder Arzt: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? () ja () nein vom _____ bis _____

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? _____

