



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: amtl. Kennz.:

Wie viele Vorbesitzer sind im Kfz-Brief eingetragen?

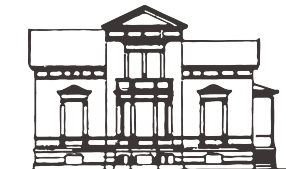
Reparaturfirma: Telefon:

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....