

Arbeitsblatt in Unfallsachen

Datum:

Mandant:
(Name und Vorname)

Beruf: Vorsteuerabzugsberechtigt: ja O nein O

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:

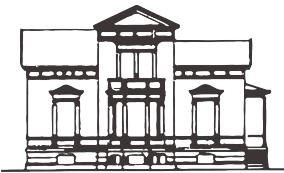
Anschrift:

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

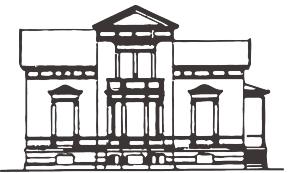
Bußgeld: € Einspruch gegen Bescheid: ja nein

Alkoholtest: ja O nein O Gegner O

Strafantrag ist - wird gestellt von Mandant O uns O

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?

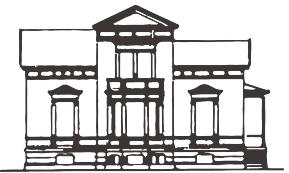
Reparaturfirma: Telefon:

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: O ja O nein

Bereits veranlasst: O ja O nein

Soll von uns veranlasst werden: O ja O nein

Welcher Gutachter?

Frühere Schäden, Zahl und Umfang:

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

Personenschaden

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

Name der Verletzten:

Anschrift:

Telefon: Geburtsdatum:

Familienstand: Zahl und Alter der Kinder:

Ausgeübter Beruf: selbständig:O ja O nein

mtl. Nettoeinkommen: €.....

Name des Arbeitgebers:

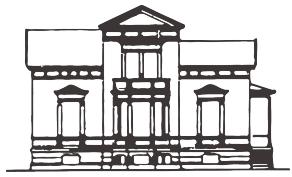
Anschrift:

Telefon:

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? O ja O 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:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....