

ARBEITSBLATT IN UNFALLSACHEN

Datum _____

Mandant

(Name, Beruf, Anschrift, Telefon, Konto)

Vorsteuerabzugsberechtigt: Ja Nein

Fahrer _____

Gegner _____

Fahrer _____

Fahrzeugart _____ Fabrikat _____ Amtliches Kennzeichen _____

Versichert bei _____

Policen-Nr. _____ Aktenzeichen des Versicherers _____

Unfallort _____ Unfalltag _____ Unfallzeit _____

Unfallschilderung:

Zeugen

Polizeilich aufgenommen: Ja Nein Polizei-Station _____ Tagebuch-Nr. _____Gebührenpflichtige Verwarnung: Ja Nein Wer? Gegner Mandant Bußgeld € _____Einspruch gegen Bescheid: Ja Nein Strafantrag ist wird gestellt von Mandant uns

Aktenzeichen Staatsanwaltschaft _____ Gericht _____

Fahrzeugschaden: Totalschaden Reparaturschaden

Art und Umfang der Beschädigung

Fahrzeugart _____ Fabrikat _____ Baujahr _____ Km-Stand _____ Amtl. Kennz. _____

Erstzulassung _____ Fahrgestell-Nr. _____ Motor-Nr. _____ Hubraum _____ cm³

Wieviele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen _____

Reparatur durchgeführt: Ja Nein Wann abgeschlossen _____

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 _____

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

Haftpflicht-Versicherung _____ Nr. _____

Vollkasko-Versicherung _____ Selbstbeteiligung € _____ Nr. _____

Teilkasko-Versicherung _____ Nr. _____

Rechtsschutz-Versicherung _____ Nr. _____



Personenschaden

Name des Verletzten _____

Anschrift _____ Postleitzahl _____ Telefon _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Zahl und Alter der Kinder _____

Ausübter Beruf _____ selbstständig: Ja Nein monatliches Nettoeinkommen € _____

Name des Arbeitgebers _____

Anschrift _____

Postleitzahl _____ Telefon _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: Ja Nein von wem _____ monatl. € _____

Art und Umfang der Verletzungen

Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses _____ Telefon: _____

Behandelnder Arzt _____

Ambulant behandelnde Ärzte _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: Ja Nein Wenn ja: vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Welche Krankenkasse gehört der Verletzte an _____

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit: Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig: _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: Ja Nein Bei welcher Anstalt _____

Schaden:

1. Fahrzeugschaden _____ €

2. Wertminderung _____ €

3. Abschleppkosten _____ €

4. SV-Gebühren _____ €

5. Leihwagen (gefahrte km: _____) _____ €

6. Kosten der Abmeldung bzw. Neuzulassung _____ €

7. Nutzungsausfall vom _____ bis _____ = _____ Tage à € _____ €

8. Tägliche Fahrleistung mit dem eigenen Wagen _____ km

9. Sachschaden	Neuwert	Wie alt?	Zeitwert?	
_____	€			€
_____	€			€

10. Kleiderschaden	Neuwert	Wie alt?	Zeitwert?	
_____	€			€
_____	€			€
_____	€			€

11. Heilungskosten (Arztkosten, Arzneimittel, Heilbehandlung) _____ €

12. Schmerzensgeld _____ €

13. Verdienstaussfall _____ €

abzüglich Krankengeld - _____ €

abzüglich Lohnfortzahlung - _____ € = _____ €

14. Ansprüche aus § 845 BGB _____ €

15. Fahrtauslagen _____ €

16. Pauschale Nebenkosten _____ €

17. Kreditkosten _____ €

18. Sonstiges _____ €

Schadenssumme soll überwiesen werden an _____ €

auf Konto _____