

Arbeitsblatt in Unfallsachen

Datum: _____

Mandant: _____
(Name und Vorname)

Beruf: _____ Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.)? Ja Nein

Anschrift: _____
(mit Postleitzahl)

Telefon: _____ Telefax: _____

Konto-Nr.: _____ Bank: _____ BLZ: _____

Fahrer: _____

Fahrzeughalter: _____

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

Haftpflichtversicherung: _____ Nr.: _____

Vollkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: DM _____ Nr.: _____

Teilkaskoversicherung: _____ Selbstbeteiligung: DM _____ Nr.: _____

Rechtsschutz-/Verkehrsserviceversicherung: _____ Nr.: _____

Leasing-Fahrzeug? Ja Nein Leasing-Bank: _____

Gegner: _____
(Name und Vorname)

Anschrift: _____
(mit Postleitzahl)

Fahrer: _____

Fahrzeughalter: _____

Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ Amtliches Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policen-Nr.: _____ Aktenzeichen des Versicherers: _____

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Polizeilich aufgenommen? Ja Nein

Polizeidienststelle: _____ Tagebuch-Nr.: _____

Gebührenpflichtige Verwarnung? Ja Nein Gegner Mandant

Bußgeld: DM _____ Einspruch gegen Bescheid? Ja Nein

Alkoholtest? Ja Nein Gegner, Ergebnis: _____ Mandant, Ergebnis: _____

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.: _____ Hubraum: _____ ccm

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen? _____

Reparaturfirma: _____

(Name und Anschrift)

Telefon: _____ Telefax: _____

Reparatur durchgeführt? Ja Nein Wann abgeschlossen? _____

Wann und zu welchem Preis ist das Fahrzeug angeschafft worden? _____

Voraussichtliche Höhe der **unfallbedingten** Wiederherstellungskosten: DM _____

Besichtigung möglich bei _____

SV-Gutachten erforderlich? Ja Nein Bereits veranlaßt? Ja Nein Soll von uns veranlaßt werden? Ja Nein

Welcher Gutachter? _____

(Name und Anschrift)

Frühere Schäden, Zahl und Umfang: _____

Personenschaden:

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

(mit Postleitzahl)

Telefon: _____ Telefax: _____

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

Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig? Ja Nein Monatl. Nettoeinkommen: DM _____

(Bescheinigung beifügen)

Arbeitgeber: _____

(Name und Anschrift)

Telefon: _____ Telefax: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein

Von wem? _____ Monatl. DM _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Sicherheitsgurt angelegt? Mandant ja nein Gegner ja nein

Sturzhelm getragen? Mandant ja nein Gegner ja nein

Arbeitsunfähig vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Krankenhaus: _____

(Name und Anschrift)

Telefon: _____ Telefax: _____

Behandelnder Arzt: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

(Namen und Anschriften)

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

(Name und Anschrift)

Lag Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege zu oder von der Arbeit? Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

(Name und Anschrift)

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

Schadensaufstellung

1. Reparaturkosten lt. Rechnung vom		DM	
2. Reparaturkosten lt. Rechnung vom		DM	
3. Eigenreparatur, Kosten lt. Voranschlag/Gutachten vom		DM	
4. Abschleppkosten lt. Rechnung vom		DM	
5. Einstellkosten lt. Rechnung vom		DM	
6. Wertminderung lt. Sachverständigengutachten vom		DM	
7. Totalschaden <input type="checkbox"/> lt. Sachverständigengutachten <input type="checkbox"/> lt. Schwackeliste		DM	
8. Zeitwertzuschlag hierzu (15 %)		DM	
9. Kosten der Abmeldung bzw. Neuzulassung		DM	
10. Kosten der Wiederbeschaffung (Transportkosten, % Umsatzsteuer usw.)		DM	
11. Taxikosten/Kosten öffentlicher Verkehrsmittel		DM	
12. Leihwagenkosten lt. Rechnung vom	DM		
% Eigensparnis (%)	DM		DM
13. Nutzungsausfall vom	bis		
= Tage à DM		DM	
(tägliche Fahrleistung mit dem eigenen Wagen km)			
14. Sachverständigenkosten lt. Rechnung vom		DM	
15. Heilungskosten (Arzt-, Arzneimittel-, Heilbehandlungskosten)		DM	
_____		DM	
_____		DM	
16. Verdienstaufschlag unter Berücksichtigung des Krankengeldes und der Lohnfortzahlung		DM	
lt. Bescheinigung vom		DM	
17. Sachschaden	Neuwert	Alter	Zeitwert
_____	DM		DM
Kleiderschaden	Neuwert	Alter	Zeitwert
_____	DM		DM
_____	DM		DM
_____	DM		DM
18. Verlust nachstehend aufgeführter Gegenstände			
_____		DM	
_____		DM	
19. Pauschale Unkosten		DM	
20. Zinsen lt. beiliegender Bescheinigung (gemäß §§ 249 und 252 BGB)		DM	
21. Kreditkosten		DM	
22. Schmerzensgeldansprüche		DM	
23. Ansprüche aus § 845 BGB		DM	
24. _____		DM	
25. _____		DM	
Gesamtsumme		DM	

Schadenssumme soll überwiesen werden an: _____

Konto-Nr.: _____ Bank: _____ BLZ: _____