

RECHTSANWALT LOTHAR BÜCHERL
D.-MARTIN-LUTHER-STR. 15
93047 REGENSBURG

ARBEITSBLATT IN UNFALLSACHEN

Datum: _____

Mandant: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____ Bank: _____
Telefon: _____ IBAN: _____
Email: _____ BIC: _____
Handy: _____

1. Angaben zum Fahrzeug des Mandanten

Fahrer: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____

Fahrzeughalter: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____

Eigentümer: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____

Leasinggesellschaft: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
Vertragsnummer: _____

Verunfalltes Fahrzeug

Marke: _____

Modell: _____

Kennzeichen: _____

Erstzulassung: _____

Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policennummer war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung: _____ **Nr.:** _____

Vollkaskoversicherung: _____ **Nr.:** _____

Teilkaskoversicherung: _____ **Nr.:** _____

Rechtsschutzversicherung: _____ **Nr.:** _____

2. Angaben zum Unfallgegner:

Fahrer: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Halter: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Marke: _____

Modell: _____

Kennzeichen: _____

Versichert bei: _____

Policennummer: _____

Schadenummer des Versicherers: _____

3. Angaben zum Unfall

Unfallort: _____

Fahrtrichtung von : _____ kommend

nach: _____

Unfalltag: _____

Unfallzeit: _____

Sicherheitsgurt angelegt?

Mandant: ja / nein

Gegner: ja / nein

Polizeilich aufgenommen: ja / nein

Polizeistation: _____

Aktenzeichen: _____

Gebührenpflichtige Verwarnung:

Mandant: ja / nein

Bußgeld: _____ €

Einspruch gegen Bescheid: ja / nein

Gegner: ja / nein

Bußgeld: _____ €

Alkoholtest:

Mandant: AAK: ja / nein Uhrzeit: _____ Ergebnis: _____

BAK: ja / nein Uhrzeit: _____ Ergebnis: _____

Konsumierte Alkoholika: _____

Trinkende: _____

Gegner: AAK: ja / nein Uhrzeit: _____ Ergebnis: _____

BAK: ja / nein Uhrzeit: _____ Ergebnis: _____

Zeugen: _____

4. Schäden

Fahrzeugschaden: _____

Personenschaden:

Name des Verletzten: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
Telefon: _____
Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____
Zahl und Alter der Kinder: _____
Ausgeübter Beruf: _____
Monatliches Nettoeinkommen: _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja / nein

Wenn ja, von wem? _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Arbeitsunfähig vom _____ bis _____

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Behandelnder Arzt: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja / nein

Von _____ bis _____ (voraussichtlich)

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag ein Arbeitsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur oder von der Arbeit? Ja / nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja / nein

Bei welcher Anstalt? _____

5. Schadensabwicklung:

Soll das Fahrzeug repariert werden? Ja / nein

Liegt bereits ein Schadensgutachten vor? Ja / nein

Ist ein Restwertkäufer bereits vorhanden/bekannt?

6. Sonstiges:
