



---

- Daten zum Unfallgegner -

---

<b>amtl. Kennzeichen</b>	<b>Fahrzeug</b>
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<b>Versicherungs-/Schaden-Nr.</b>
<b>Fahrer</b> (Name, Vorname, Anschrift)	
<b>Versicherungsnehmer/Halter</b> (Name, Vorname, Anschrift – soweit bekannt)	

---

- Daten zum Unfallhergang -

---

<b>Unfall: Datum, Zeit</b>	<b>Ort, Straße</b>
<b>Polizei-Dienststelle</b>	<b>Vorgangs-Nr. Polizei</b>
<b>Unfallhergang</b> (Verwenden Sie ggf. ein separates Blatt.)	

**Unfallskizze** (Verwenden Sie ggf. ein separates Blatt.)

<b>Zeugen</b> (Name, Vorname, Anschrift)
1.
2.

- Bei beschädigtem Kfz beantworten -

<b>amtl. Kennzeichen</b>		<b>Fahrzeug</b>	
<b>Fahrer des Fahrzeuges</b>			
<b>Gehört Kfz zum Betriebsvermögen?</b>		<b>Vorsteuerabzugsberechtigt?</b>	
JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leasing? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		Finanzierung? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
<b>Kaskoversicherung</b>	<b>SB: €</b>	<b>Versicherungs-/Schaden-Nr.</b>	

- Bei Ansprüchen wegen Personenschäden beantworten -

<b>Name des/der Verletzten (Name, Vorname)</b>		<b>Tel.</b>
<b>Anschrift</b>		<b>Geb.</b>
<b>Art/Umfang der Verletzungen</b>		
<b>Krankenhausaufenthalt</b>		<b>Name des Krankenhauses</b>
Vom	bis	
<b>Ambulant behandelnde Ärzte (genaue Anschrift mit PLZ)</b>		
1.		
2.		
3.		
<b>Ist der Verletzte krankgeschrieben?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	vom                      bis
<b>Krankenkasse des Verletzten</b>		
<b>Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Weg von oder zur Arbeit?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> , zuständige Berufsgenossenschaft:	
<b>Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> , bei:	
<b>Weitere Verletzte?</b>		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> , Anschrift:	