

2. Daten des Unfallgegners:

2.1 Halter:
(VOR-/ NACHNAME BZW. FIRMENNAME MIT RECHTSFORM UND GESCHÄFTSFÜHRER)

.....
(PLZ / ORT / STRAÙE / HAUSNUMMER)

FON: FAX:

E-MAIL:

2.2. Fahrer:
(VOR-/ NACHNAME)

.....
(PLZ / ORT / STRAÙE / HAUSNUMMER)

2.3. Fahrzeug:
(Fahrzeugtyp) (Amtliches Kennzeichen)

Haftpflichtversicherung bei:

Versicherungsnummer:

3. Gegebenenfalls weitere Unfallbeteiligte:

3.1. Halter:
(VOR-/ NACHNAME BZW. FIRMENNAME MIT RECHTSFORM UND GESCHÄFTSFÜHRER)

.....
(PLZ / ORT / STRAÙE / HAUSNUMMER)

FON: FAX:

E-MAIL:

3.2. Fahrer:
(VOR-/ NACHNAME)

.....
(PLZ / ORT / STRAÙE / HAUSNUMMER)

3.3. Fahrzeug:
(Fahrzeugtyp) (Amtliches Kennzeichen)

Haftpflichtversicherung bei:

Versicherungsnummer:

6. Sachschaden:

6.1. Was wurde beschädigt?

.....

6.2. Voraussichtliche Schadenshöhe: €

6.3. Ist der Fahrzeughalter zum Vorsteuerabzug berechtigt? ja nein

6.4. Wurde ein Gutachter beauftragt? ja nein

.....
(Falls ja: Name Anschrift und Telefonnummer des Sachverständigen)

6.5. Wo steht das Fahrzeug jetzt?

.....
(Name und Anschrift der Werkstatt / des Standorts)

7. Personenschaden:

ja nein

7.1. Name und Anschrift des Verletzten: wie 1.1. wie 1.2.

.....
(VOR-/ NACHNAME)

.....
(PLZ / ORT / STRAÙE / HAUSNUMMER)

7.2. Geboren am: Familienstand:

7.3. Im Haushalt lebende Kinder (Zahl und Alter):

7.4. Beruf:

7.5. Arbeitgeber:

.....
(PLZ / ORT / STRAÙE / HAUSNUMMER)

7.6. Selbstständig? ja nein

7.7. Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

7.8. Lag Berufs- und/oder Wegeunfall von/zur Arbeit vor? ja nein

.....
(Falls ja: Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft)

7.9. Der Verletzte ist gesetzlich privat krankenversichert

.....
Name und Anschrift der Krankenversicherung)

7.10. Bezieht der Verletzte zum Unfallzeitpunkt Rente? ja nein

Falls ja, von welchem Träger :

In welcher Höhe:

7.11. Ist der Verletzte in der gesetzlichen Rentenversicherung? ja nein

Falls ja, bei welcher Anstalt:

7.12. Krankenhausaufenthalt

ambulant zur Erstversorgung

stationär vom bis (voraussichtlich)

.....
(Falls ja: Name und Anschrift, Station des Krankenhauses)

7.13. Ambulant behandelnde Ärzte:

.....
(Falls ja: Name, Vorname und Anschrift des behandelnden Arztes)

.....
(Falls ja: Name, Vorname und Anschrift des behandelnden Arztes)

7.14. Unfallbedingte Krankschreibung

vom bis (voraussichtlich) zum

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

.....
Ort / Datum / Unterschrift