

DRUCKVORLAGE

(Dieses Formular bitte ausdrucken, ausfüllen und **unterschrieben** an die Kanzlei faxen oder der Kanzlei zukommen lassen.)

Datenblatt für Kfz-Unfälle

mit Personenschäden ohne Personenschäden

(Daten bitte möglichst vollständig angeben, soweit möglich.)

Eigene Daten/Anspruchssteller/Halter des verunfallten Fahrzeugs:

1.1 Name

1.2 Anschrift:

Tel.:

1.3 Bankverbindung:

Kontoinhaber:

1.4 Fahrer zum Unfallzeitpunkt:

2.1 Name des Unfallgegners (Schadenstifter):

2.2 Anschrift:

Tel.:

2.3 Versichert bei:

2.4 Policen-Nr.:

2.5 Name und Anschrift des Fahrers zum Unfallzeitpunkt:

2.6 Amtliches Kennzeichen:

3.1 Unfallort:

Straße:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Lichtverhältnisse: Tageslicht Dämmerung Dunkelheit

Straßenzustand: trocken feucht nass Schnee Eisglätte

3.2 Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt):

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer:

(Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen des Fahrers):

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen:

3.5 Polizeidienststelle die den Unfall aufgenommen hat:

4. Schäden:

4.1 Marke des beschädigten Kfz:

Farbe:

4.2 Eigentümer der beschädigten Sache:

4.3 Vorsteuerabzugsberechtigt/Betriebsfahrzeug? Ja Nein

4.4 Voraussichtl. Höhe des Schadens/Schadensnachweis:

Gutachten Kostenvoranschlag Rechnung

(betreffendes bitte beifügen oder nachreichen)

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

5. Bei beschädigten Kfz/LKW/Krad

5.1. Erstzulassung des beschädigten Fahrzeugs: **Km-Stand:**
Fldent-Nr.: **Amtl. Kennz:**

5.2 Versicherung und Policen-Nr. bei der das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt versichert war:

Haftpflichtversicherung:	Selbstbeteiligung: €	Nr.:
Vollkaskoversicherung:	Selbstbeteiligung: €	Nr.:
Teilkasko-Versicherung:	Selbstbeteiligung: €	Nr.:
Rechtsschutz-Versicherung:	Selbstbeteiligung: €	Nr.:

6. Bei Inanspruchnahme von Personenschäden

6.1 Name des Verletzten:

Unfallbeteiligung als: Fahrer Beifahrer Mitfahrer/Rücksitz

6.2 Anschrift:

6.3 Geburtsdatum: Familienstand: led.: vh.: Zahl der Kinder:

6.4 Ausgeübter Beruf: selbständig: Ja Nein

Mtl. Nettoeinkommen: €

6.5 Name und Anschrift des Arbeitgebers:

6.6 Der Verletzte bezieht unabhängig von diesem Unfall eine Rente: Ja Nein

Von monatl.: €

7.1 Art und Umfang der Verletzung:

7.2 Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

7.3 Krankenhausaufenthalt von: bis (voraussichtlich):

7.4 Name und Anschrift des Krankenhauses:

7.5 Ambulant behandelnde Ärzte/Hausarzt/Adresse:

7.6 Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?

Ja Nein Vom: bis(voraussichtlich):

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

7.8 Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

7.11 Bei welcher Anstalt:

Bei mehreren Verletzten bitte Fragen 6 – 7 für jede verletzte Person einzeln ausfüllen.

Anlagen: