



**IV. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden**

Was wurde beschädigt? Art und Umfang der Beschädigung?	
Wer ist der Eigentümer(in) der beschädigten Sache?	Gehört sie zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden?	<b>(Bitte Originalbelege beifügen - außer bei Kfz.)</b>
Voraussichtliche Höhe des Schadens/der Reparaturkosten: €:	Reparaturdauer:
Wann und wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?	Hat bereits eine Besichtigung stattgefunden? (ggf. durch wen?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Vorschäden der beschädigten Sache(n): (Anzahl und Schadenhöhe)	

**V. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen bitte zusätzlich ausfüllen**

Name und Anschrift des Fahrers/der Fahrerin:				
Fahrzeugart:	Fabrikat:	Baujahr:	km-Stand:	Amtl. Kennz.:
Wieviele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen?		Wo kann das Kfz tagsüber besichtigt werden?		
Bei welcher Gesellschaft und unter welcher Vers.-Schein-Nummer war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?				
Haftpflichtversicherung: _____ Nr.:				
Vollkaskoversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      Selbstbeteiligung: € _____ Nr.:				
Teilkaskoversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      Selbstbeteiligung: € _____ Nr.:				

**VI. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden**

Name und Anschrift der/des Verletzten:		
Geburtsdatum	Familienstand:	Anzahl und Alter der Kinder:
Ausgeübter Beruf:	selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Monatliches Nettoeinkommen:
Art und Umfang der Verletzungen:		
Krankenhausaufenthalt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis _____	Name und Anschrift des Krankenhauses:	
Ist der/die Verletzte krank geschrieben?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis _____	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte/Ärztinnen:	
Welcher Krankenkasse bzw. -versicherung gehört der/die Verletzte an:	Ist der/die Verletzte rentenversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:	
Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege zur Arbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?:		
War das Fahrzeug mit Sicherheitsgurten ausgestattet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hatte der/die Verletzte die Sicherheitsgurte angelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde ein Schutzhelm getragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Geschädigten