

Dieses Formular bitte ausdrucken, möglichst vollständig ausfüllen, unterschreiben und unserer Kanzlei zukommen lassen (persönlich, per Fax an Nr. 08153 / 91 60 28 oder gescannt an office@guggenmos.de)

mit Personenschaden **ohne Personenschaden**

1. Daten des Anspruchstellers (Geschädigter / Halter des verunfallten Fahrzeugs):

1.1 Name:

1.2 Anschrift:

Tel.:

1.3 Bankverbindung:

Kontoinhaber:

1.4 Fahrer beim Unfall:

2. Unfallgegner / Schadenstifter

2.1 Name des gegner. Halters:

2.2 Anschrift:

Tel.:

2.3 Versichert bei:

2.4 Versich.-Nr.:

2.5 Fahrzeug-Typ und amtliches Kennzeichen:

2.6 Name und Anschrift des Fahrers:

3.1 Unfallort:

Straße:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Lichtverhältnisse: Tageslicht Dämmerung DunkelheitStraßenzustand: trocken feucht nass Schnee Eisglätte

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

3.3 Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (amtl. Kennzeichen, Name, Anschrift der Fahrer):

3.4 Name und Anschrift der Unfallzeugen:

3.5 Polizeidienststelle, die den Unfall aufgenommen hat und Aktenzeichen:

4. Sachschaden:4.1 Was wurde beschädigt? Kfz Sonstige Sachen:

4.2 Eigentümer der beschädigten Sache(n):

4.3 vorsteuerabzugberechtigt / betrieblich genutztes Kfz? Ja Nein

4.4 voraussichtl. Höhe des Schadens:

Schadensnachweis: Gutachten Kostenvoranschlag Rechnung
 ist beigefügt wird nachgereicht

4.5 Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

5. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:

5.1 Kfz-Marke/Typ:

Farbe:

Erstzulassung:

Km-Stand:

Amtl. Kennz:

Fahrgestell- / Fident-Nr.:

5.2 Kfz-Versicherung zum Unfallzeitpunkt:

Haftpflicht Versich.-Nr.:

 mit Vollkasko bei obiger Kfz-HaftPfl.-Vers., Selbstbeteiligung: € Rechtsschutz-VerkehrsR-Versich.: Nr.:**6. Personenschaden** (Bei mehreren Verletzten bitte Fragen 6–7 für jede verletzte Person einzeln ausfüllen.)

6.1 Name des Verletzten:

Unfallbeteiligung als: Fahrer Beifahrer Mitfahrer/Rücksitz

6.2 Anschrift:

6.3 Geburtsdatum:

Familienstand:

Zahl der Kinder:

6.4 Ausgeübter Beruf:

selbständig: Ja Nein Mtl. Nettoeinkommen: €

6.5 Arbeitgeber:

6.6 Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente: Ja Nein

Von wem: 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 mit Adresse:

7.6 Ist der Verletzte krank geschrieben? Nein Ja, vom: bis (voraussichtlich):

7.7 Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

7.8 Berufsunfall? Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Nein Ja

7.9 Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

7.10 Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Nein Ja

7.11 Bei welcher Anstalt:

.....
Ort, Datum.....
Unterschrift