

5. Fortsetzung	Hat eine Besichtigung bereits stattgefunden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gegebenenfalls durch wen?					
	Wann ist die beschädigte Sache angeschafft worden? am		Zu welchem Preis? (Bitte Anschaffungsrechnung beifügen)					
	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?							
	Gehört Sie zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ist der Eigentümer vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	Ist die Sache geleast/gemietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Anschrift Leasinggeber/Vermieter:					
	Ist die beschädigte Sache versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wurde die Versicherung in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	Name und Anschrift des Versicherers:			Versicherungsschein-Nr.				
6. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich	Fahrzeugart		Fabrikat		Baujahr		Km-Stand	
	Amtliches Kennzeichen		Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen?					
	Insassenunfall-Versicherung		Versicherungsgesellschaft				Versicherungsschein-Nr.	
	Haftpflicht-Versicherung		Versicherungsgesellschaft				Versicherungsschein-Nr.	
	Vollkasko-Versicherung *)		Versicherungsgesellschaft		Selbstbeteil. DM/EUR		Versicherungsschein-Nr.	
	Teilkasko-Versicherung **)		Versicherungsgesellschaft		Selbstbeteil. DM/EUR		Versicherungsschein-Nr.	
	*) Wurde diese in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		**) Wurde diese in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	Verkehrs-Service-Versicherung bzw. Schutzbrief-Versicherung		Versicherungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Inland <input type="checkbox"/> Ausland		Versicherungsschein-Nr.	
	Creditkarten-Versicherung		Versicherungsgesellschaft				Versicherungsschein-Nr.	
	7. Ansprüche wegen Personenschäden	Name und Anschrift des Verletzten						
Geburtsdatum		Familienstand		Zahl/Alter der Kinder		Ausgeübter Beruf		
Selbstständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Adresse des Arbeitgebers				Monatl. Nettoeinkommen EUR		
Unfallunabhängiger Rentenbezug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, von wem?		In welcher Höhe?		Lag ein Berufs- oder Wegeunfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art und Umfang der Verletzung?						Berufsgenossenschaft		
Waren Sie Kfz-Insasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Waren Sie angeschnallt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Waren Sie Kradfahrer/Beifahrer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Trugen Sie einen Helm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Stationäre Behandlung (Krankenhaus)		von bis		Anschrift des Krankenhauses				
Ambulant behandelnde Ärzte								
Hauskrank		von bis		Zuständige Krankenkasse				
Sind Sie rentenversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bei welcher Anstalt?		Welche Ansprüche werden erhoben?				
Wichtiger Hinweis		Hiermit entbinde ich alle oben namentlich genannten Ärzte/Krankenhäuser von der Schweigepflicht.				Unterschrift des Verletzten/der gesetzlichen Vertreter		
Unterschriften		Ort, Datum				Unterschrift des Anspruchstellers		