

BLZ	Kto-Nr.
Konto-Inhaber:	
Rechtsschutzversicherung	Name
VersNehmer	VersScheinNr.
Selbstbeteiligung €	
Fahrer (wenn von Mandant abweichend)	
Fahrer	
Anschrift Straße	
Wohnort (PLZ)	
Fahrerlaubnisklasse	
erworben am	sichergestellt/beschlagnahmt
benutztes Fahrzeug	
Fahrzeugart	Marke/Typ
Kennzeichen	Eigentümer:
ccm kW	
Erstzulassung	Anzahl der Vorbesitzer
erworben am	Erwerbspreis
km-Stand	Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
derzeitiger Standort	
Leasingfahrzeug <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Leasingfirma:
eigenen PKW-Haftpflichtversicherung	Name
VersScheinNr.	SchadensNr. gemeldet <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>Fortsetzung auf nächster Seite</i>	

Name der Vollkaskoversicherung (wenn vorhanden, bitte ankreuzen)		Selbstbeteiligung _____ € <input type="checkbox"/> bereits in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> bereits geleistet? <input type="checkbox"/> soll in Anspruch genommen werden	
Reparaturwerkstatt (Name und Anschrift)			
Sachverständiger (Name und Anschrift)			
Mietwagen in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		von _____ bis _____	
Mietwagenunternehmen			
Abschleppdienst (Name und Anschrift)			
Vorfall (Unfalldaten)			
Tag		Uhrzeit	
Ort		Straße	
Polizeistation in		TagebuchNr	
Blutprobe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ergebnis ‰	
<input type="checkbox"/> Führerschein sichergestellt/beschlagnahmt		wann	
Gegner			
(Fahrer) Name		Vorname	
Anschrift Straße			
Wohnort (PLZ)			
Fahrzeug-Halter Name (wenn nicht gleichzeitig Fahrer)			
Anschrift:			
Fahrzeug – Art		Marke/Typ	
gegn. Haftpflichtversicherung			
amtl. Kennzeichen		VersSchein: SchadensNr.:	
Zeugen (Name und Anschrift)			
Name:		Anschrift:	
Name:		Anschrift:	
(Bitte nicht ausfüllen)			

Ergänzung bei Verletzungen

Verletzungen	
Krankenhaus (Name)	in
Krankenhausarzt	Aufenthalt von _____ bis _____
behandelnder Facharzt	Fachrichtung
Anschrift	
behandelnder Hausarzt	
Anschrift	
krankgeschrieben von _____ bis _____	angegurtet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verdienstausfall	
Arbeitgeber	beschäftigt als
Monatsverdienst: brutto _____ netto _____	
Jahresverdienst brutto _____ netto _____	
Lohnfortzahlung bis _____	Verdienstausfall von _____ bis _____
Haushaltstätigkeit	
Wohnung in <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Doppelhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus im _____-Geschos mit _____ m ² Anzahl der Räume _____ + Küche, Flur, Bad, WC Heizung <input type="checkbox"/> Zentral <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> _____ Kellerräumen <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Carport <input type="checkbox"/> PKW-Abstellplatz <input type="checkbox"/> Balkon <input type="checkbox"/> Terrasse <input type="checkbox"/> Dachboden	
<i>bitte wenden</i>	

im Haushalt lebende Personen

	Alter	ausgeübter Beruf	Wochenarbeitszeit
Geschädigte/r			
Partner			
Vater / 1. Kind			
Mutter / 2. Kind			
3. Kind			
4. Kind			

Aufgabenverteilung im Haushalt

Geschädigter ____ % Partner ____ % 1. Kind ____ % 2. Kind ____ % Vater ____ % Mutter ____ %

Garten

Größe _____ m² direkt an Wohnung gelegen Ziergarten Nutzgarten Mischgarten

bewirtschaftet von Geschädigter/m zu _____ % Rest der Familie zu _____ %

(Bitte nicht ausfüllen)