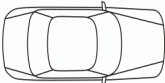


|   |  |   |                        |   |
|---|--|---|------------------------|---|
| Unfallort   | Straße   | evtl. Haus-Nr. bzw. Km-Markierung   | Unfall-Datum           | Unfall-Zeit   |
| Polizeiliche Aufnahme ?                                     | Ja <input type="checkbox"/><br>Nein <input type="checkbox"/> | Name der Polizeiinspektion und Aktenzeichen   |                        | Verwarnungs- oder Bußgeld<br><input type="checkbox"/> Schädiger <input type="checkbox"/> Geschädigter |
| <b>Geschädigter</b>   |  | <b>Schädiger</b>  |                        |   |
| <b>Fahrzeughalter</b>                                       |  | <b>Fahrzeughalter</b>   |                        | <b>Fahrzeughalter</b>   |
| <b>Fahrzeuglenker</b>                                       |  | <b>Fahrzeuglenker</b>   |                        | <b>Fahrzeuglenker</b>   |
| Name:   | Name:  | Name:   | Name:                  |   |
| Vorname:  | Vorname:   | Vorname:  | Vorname:               |   |
| E-Mail-Adresse:   | E-Mail-Adresse:  | Anschrift:  | Anschrift:             |   |
| Ort:  | Ort:   | Ort:  | Ort:                   |   |
| Straße:   | Straße:  | Straße:   | Straße:                |   |
| Telefonnummer:  | Telefonnummer:   | Telefonnummer:  | Telefonnummer:         |   |
| Geburtsdatum:   |  |   |                        |   |
| Selbständig:  | ja <input type="checkbox"/>                                  | nein <input type="checkbox"/>   |                        |   |
| Vorsteuerabzugsberechtigung:                                | ja <input type="checkbox"/>                                  | nein <input type="checkbox"/>   |                        |   |
| Ist das Fahrzeug?   | geleast <input type="checkbox"/>                             | finanziert <input type="checkbox"/>   |                        |   |
| Konto-Nr.:  | BLZ:   |   |                        |   |
| Eigene Fahrzeugversicherung:                                |  | Gegnerische Fahrzeugversicherung:   |                        |   |
| Name:   | VersicherungsNr.:  | Name:   |                        |   |
| Teilkasko:  | Selbstbeteiligung:   | VersicherungsNr.:   |                        |   |
| Vollkasko:  | Selbstbeteiligung:   |   |                        |   |
| Beschädigtes Fahrzeug:                                      |  | Gegnerisches Fahrzeug:  |                        |   |
| Art (PKW, Motorrad etc.):                                   |  | Art (PKW, Motorrad etc.):   |                        |   |
| Fabrikat:   |  | Fabrikat:   |                        |   |
| Typ:  | EZ:  | Laufleistung:   | Typ: EZ: Laufleistung: |   |
| amtl. Kennzeichen:  |  | amtl. Kennzeichen:  |                        |   |
| Personenschaden: ja <input type="checkbox"/>                |  | nein <input type="checkbox"/>   |                        |   |
| Sachverständiger beauftragt:                                |  |   |                        |   |
| ja <input type="checkbox"/>                                 |  | nein <input type="checkbox"/>   |                        |   |
| Name und Anschrift, Tel.Nr.:                                |  |   |                        |   |
| Reparatur- <input type="checkbox"/>                         | oder   | Totalschaden: <input type="checkbox"/>  |                        |   |
| Name und Anschrift, Tel.Nr. der Werkstatt:                  |  | Hatten Sie bereits Kontakt mit der gegnerischen Versicherung ?                      |                        |   |
| Wird ein Mietfahrzeug benötigt: ja <input type="checkbox"/> |  | ja <input type="checkbox"/>   |                        |   |
|   |  | nein <input type="checkbox"/>   |                        |   |
| Rechtsschutzversicherung:                                   |  |   |                        |   |
| Gesellschaft:   |  | VersicherungsNr.:   |                        |   |
| Unfalldarstellung bzw. -skizze:                             |  |   |                        |   |
| Name und Anschrift von Unfallzeugen:                        |  | Beschädigte Stellen am eig. Fahrzeug ankreuzen:                                     |                        |   |
| 1.  |  |  |                        |   |
| 2.  |  |   |                        |   |
| 3.  |  |   |                        |   |