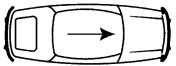


- Kraftfahrthaftpflicht
- Schutzbrief-Versicherung
- Fahrer-Unfallversicherung

1. Versicherungsnehmer: Name, Anschrift: _____ _____ _____ Geb.-Datum: _____ Beruf: _____ Tel. tagsüber: _____ Fax: _____	Schadentag: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____ Ihr am Unfall beteiligtes Fahrzeug: amtl. Kennz.: _____ <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Hänger <input type="checkbox"/> Krad Hersteller: _____ Typ: _____ Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____ Gesamtlauflistung in km: _____ Steht Ihr Kfz nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Beschädigungen am <u>eigenen</u> Fahrzeug – Bezeichnung der beschädigten Teile: _____	
--	---

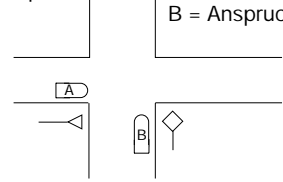
2. Fahrer zum Unfallzeitpunkt	
Name, Vorname: _____ Anschrift: _____	Geb.-Dat.: _____
Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Alkoholgenuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klasse: _____ ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ ‰

3. Andere Unfallbeteiligte:	
Name, Anschrift: _____ _____ amtl. Kennz.: _____ Tel. tagsüber: _____	Beschädigungen am Fahrzeug: _____ _____ Versicherer: _____
Waren mehr als 2 Fahrzeuge am Unfall beteiligt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____ deren amtl. Kennzeichen: _____	

4. Angaben zum Unfallhergang:	
Entfernung vom Schadenort zum Wohnort: _____ km Zielort der Fahrt (für Schutzbrief): _____ Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h vorgeschriebene Geschwindigkeit am Unfallort? _____ km/h Zustand der Fahrbahn: <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/> sonstiges _____	
Schadenschilderung: <input type="checkbox"/> ich bin aufgefahren <input type="checkbox"/> ich habe die Vorfahrt verletzt <input type="checkbox"/> ich wechselte die Fahrspur <input type="checkbox"/> ich fuhr gegen ein geparktes Kfz	bei abweichendem Hergang bitte eigene Schadenschilderung: _____ _____ _____
Hat der Unfallgegner den Unfall verschuldet? Stellen Sie selbst Ansprüche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei wem? _____	

(ggf. eine Skizze anfertigen):

Beispiel:



5. Zeugen, Polizei:

Gesamtanzahl der Insassen (mit Fahrer)	Insassen im eigenen Fahrzeug (Namen, Anschriften)	Polizeilich aufgenommen : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Polizeidienststelle (bitte vollständige Anschrift angeben): _____ _____ Tagebuch-Nr.: _____
weitere Zeugen (Namen und Anschriften) _____ _____ 		Verfahren (Verwarnung, Anzeige, Bußgeld) gegen: (Name und Anschrift) _____ _____

6. Personenschaden

Namen des Verletzten/Toten: _____ Anschrift: _____ 	Namen des Verletzten/Toten: _____ Anschrift: _____
Beruf: _____ Alter: _____ Familienstand: _____	Beruf: _____ Alter: _____ Familienstand: _____
Verletzungen: _____ _____	Verletzungen: _____ _____
Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.): _____	Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.): _____
War der Verletzte angeschnallt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	War der Verletzte angeschnallt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sofern der Verletzte Insasse Ihres Kfz war: Ist er Familienangehöriger des Fahrers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lebt er mit dem Fahrer in häusl. Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist er Arbeitskollege des Fahrers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sofern der Verletzte Insasse Ihres Kfz war: Ist er Familienangehöriger des Fahrers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lebt er mit dem Fahrer in häusl. Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist er Arbeitskollege des Fahrers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diente die Fahrt beruflichen Zwecken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Handelte es sich um eine Fahrt von/zur Arbeitsstätte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diente die Fahrt beruflichen Zwecken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Handelte es sich um eine Fahrt von/zur Arbeitsstätte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Unterschrift des Fahrers)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)