

Königsallee 178a D-44799 Bochum http://www.jusweb.info Aktennummer <input type="text"/>	Böhmer & Lotz RECHTSANWÄLTE	Tel. + 49 (0) 234/4524210 Fax + 49 (0) 234/4524211 Mail: kanzlei@jusweb.info
	Schadensmeldung nach Verkehrsunfall (6 Seiten) Eingereicht von Herrn/Frau <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>

© 2011 by Böhmer&Lotz

1) Angaben zum/zur Mandanten/-tin	
a) Name des Anspruchssteller	<input type="text"/>
b) Telefon / mobil	<input type="text"/>
c) Beruf	<input type="text"/>
d) Anschrift	<input type="text"/>
e) Bank / Kontoinhaber, falls abweichend	<input type="text"/>
f) Kontonummer / BLZ	<input type="text"/>
g) Fahrer	<input type="text"/>
2) Angaben zum/zur Schädiger /-in	
a) Name des Halters Anschrift Telefon	<input type="text"/>
b) Versichert bei Nummer des Vers.-Scheins	<input type="text"/>
c) Amtliches Kennzeichen	<input type="text"/>
d) Fabrikat/Modell Farbe, Schlüssel-Nummern	<input type="text"/>
e) Name des Fahrers, falls abw. Anschrift Telefon	<input type="text"/>
3. Angaben zum Unfall	
a) Unfallort	<input type="text"/>
b) Unfalltag / Uhrzeit	<input type="text"/>
c) Name und Anschrift anderer am Unfall beteiligter Personen	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

<p>d) Name und Anschrift von Zeugen</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>e) Aufnehmende Polizeidienststelle</p>	<input type="text"/>
<p>Unfallschilderung</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 200px;"></div>
<p>4) Angaben zum Sachschaden am eigenen Fahrzeug</p>	
<p>a) Eigentümer des Fahrzeugs Name Anschrift Telefon</p>	<input type="text"/>
<p>b) Ist das Fahrzeug finanziert? Finanzbank Anschrift Nr. des Kreditkontos</p>	<input type="text"/>
<p>c) Handelt es sich um ein Leasing-Fahrzeug? Leasinggeber Anschrift Nr. des Leasing-Vertrags</p>	<input type="text"/>
<p>d) Wo befindet sich der KFZ-Brief?</p>	<input type="text"/>
<p>e) Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p style="text-align: right;">Fortsetzung Seite 3</p>	

<p>f) Art und Umfang der Beschädigungen</p>	<input type="text"/>
<p>g) Hat eine Besichtigung stattgefunden?</p> <p>Durch wen? Anschrift</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <input type="text"/>
<p>h) Wann ist das Fahrzeug angeschafft worden? Zu welchem Preis?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> €
<p>i) Wie hoch sind die Unfall bedingten Wiederherstellungskosten?</p> <p>Wie lange dauert voraussichtlich die Reparatur?</p> <p>Frühere Schäden?</p> <p>Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei (Name/Anschrift)</p>	<p><input type="text"/> €</p> <p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>5) Zusätzliche Angaben bei Sachschäden am eigenen Fahrzeug</p>	
<p>a) Fahrzeugart?</p>	<p><input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Zweirad</p>
<p>b) Fabrikat/ Modell / Baujahr / km-Stand</p> <p>Schlüssel-Nummern</p> <p>Amtliches Kennzeichen</p>	<input type="text"/>
<p>c) Anzahl der Vorbesitzer im KFZ-Brief</p>	<input type="text"/>
<p>d) Versicherungsgesellschaft / Geschäftsstelle</p> <p>Versicherungsnummer</p>	<input type="text"/>

Seite 4 zur Schadensmeldung vom	<input type="text"/>
e) Versicherungsschutz	<input type="checkbox"/> Teilkasko mit <input type="text"/> Euro Selbstbeteiligung <input type="checkbox"/> Vollkasko mit <input type="text"/> Euro Selbstbeteiligung
f) Besteht eine Verkehrsrechtsschutzversicherung oder eine andere Rechtsschutzversicherung? Gesellschaft/Geschäftsstelle Versicherungsnummer	<input type="text"/>
6. Angaben zur Person bei Personenschäden	
a) Name des Verletzten Anschrift Telefon	<input type="text"/>
b) Geburtsdatum Geschlecht Familienstand	<input type="text"/> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> getrennt seit <input type="text"/>
c) Zahl der Kinder Alter (jeweils durch Semikolon trennen)	<input type="text"/> <input type="text"/>
d) Ausgeübter Beruf Selbstständig? Monatliches Nettoeinkommen	<input type="text"/> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="text"/> Euro
e) Arbeitgeber oder Betriebsstätte Name Anschrift Telefon	<input type="text"/>
f) Weitere Einkünfte (Renten usw.) Einkunftsart Träger Höhe monatlich	<input type="text"/>
g) Art und Umfang der Verletzungen	<input type="text"/>
	Fortsetzung Seite 5

Seite 5 der Schadensmeldung vom	<input type="text"/>
g) Art und Umfang der Verletzungen	<input type="text"/>
h) War der Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
i) Krankenhausaufenthalt von bis (vorauss.)	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
j) Name des Krankenhauses Anschrift	<input type="text"/>
k) Ambulant behandelnde Ärzte • Name, Anschrift • Name, Anschrift • Name, Anschrift • Name, Anschrift	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
l) Krankschreibung arbeitsunfähig von bis zu % arbeitsunfähig von bis zu % arbeitsunfähig von bis zu % <hr/> hausarbeitsunfähig von bis zu % hausarbeitsunfähig von bis zu % hausarbeitsunfähig von bis zu %	von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % <hr/> von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> %
m) Berufsunfall oder Unfall auf dem Weg zur Arbeitsstätte	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
n) Krankenkasse des Verletzten Anschrift	<input type="text"/>

Fortsetzung S. 6

Seite 6 zur Schadensmeldung vom	<input type="text"/>
o) Zuständige Berufsgenossenschaft Anschrift	<input type="text"/>
8. Einwilligungserklärung / Unterschrift	
a) Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte den Versicherungsunternehmen Auskünfte erteilen und Gutachten übergeben	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
b) Datum, Ort Unterschrift des/der Mandanten/-tin	<input type="text"/>