

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

15 Bei Schlägerei / Überfall: Haben Sie Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Stelle:	Aktenzeichen
--	--------------

Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen

16 Waren Sie bzw. war der Versicherte

<input type="checkbox"/> Fahrerin / Fahrer des Unfallfahrzeuges	<input type="checkbox"/> Insassin / Insasse des Fahrzeuges	<input type="checkbox"/> Motorradfahrerin / Motorradfahrer
<input type="checkbox"/> Motorradbeifahrerin / Motorradbeifahrer	<input type="checkbox"/> Radfahrerin / Radfahrer	<input type="checkbox"/> Fußgängerin / Fußgänger
Angaben zum eigenen Fahrzeug bzw. zu dem Kfz, in dem Sie / Ihr Angehöriger sich befanden.		
Halter (Name, Anschrift)		
Fahrer (Name, Anschrift)		
Polizeiliches Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Aktenzeichen
Angaben zum gegnerischen Fahrzeug		
Halter (Name, Anschrift)		
Fahrer (Name, Anschrift)		
Polizeiliches Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Aktenzeichen
Für den Fall, dass der Unfall durch Angehörige der Stationierungstreitkräfte verursacht wurde:		
Wurde der Unfall bei der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben - Schadensregulierungsstelle - gemeldet?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum der Meldung:		
Anschrift		Aktenzeichen

Nur auszufüllen bei Unfällen durch Schnee oder Glatteis

17 Um welche Uhrzeit genau hat sich der Unfall ereignet?

Uhrzeit



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

18 Geben Sie bitte die konkreten Witterungsverhältnisse während des Schadensereignisses an (z. B. Blitzeis, Eisregen, Schneefall o. Ä.).

	Wann fiel der letzte Niederschlag?
--	------------------------------------

19 Der Unfall ereignete sich

Ort, Straße, Hausnummer
<input type="checkbox"/> auf dem Gehweg
<input type="checkbox"/> auf der Straße <input type="checkbox"/> außerhalb einer Ortschaft <input type="checkbox"/>

20 War die Unfallstelle geräumt oder gestreut?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

21 Ist der Unfall dem Grundstückseigentümer gemeldet worden?

Name, Anschrift
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Versicherten bzw. Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls

22 Hatten Sie bzw. der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art des Betriebes bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers
	ausgeübte Tätigkeit

23 Als Arbeitssuchende / Arbeitssuchender: Hatten Sie bzw. der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls eine neue Beschäftigung in Aussicht?

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

24 Hat sich Ihr Einkommen durch den Unfall nach Wiederaufnahme der Beschäftigung gemindert?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

25 Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Angaben zu den behandelnden Ärzten

26 Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfallfolgen / Schadensfolgen in Behandlung?
 (Bitte Namen, Anschrift sowie die Fachrichtung des Arztes / der Ärzte, z. B. Orthopädie, angeben.)

27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Namen, Anschrift des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, z. B. Unfallchirurgie, angeben

28 Wer ist Ihr Hausarzt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung des Hausarztes, z. B. Orthopädie, angeben.)



