

**A. Bei Personenschäden zusätzlich angeben****1. Angaben zur Person:**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Zahl der Kinder:

Krankenkasse (Name/Ort):

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Krankgeschrieben vom: .....bis: .....

Anschrift des behandelnden Arztes:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Ausgeübter Beruf:

Selbständig:      ja / nein

Monatliches Nettoeinkommen:

Anschrift des Arbeitgebers:

Sicherheitsfut angelegt? ja / nein

**2. Angabe zu der Verletzung:**

Art und Umfang: der Verletzung

Krankenhausaufenthalt vom: ..... bis: .....

Anschrift des Krankenhauses:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? ja / nein

Zuständige Berufsgenossenschaft:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Falls gesetzlich Rentenversichert – Anschrift der Rentenversicherung

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Rentenversicherungsnummer:

---

Datum

---

Unterschrift