

Standen Sie zum Zeitpunkt des Unfalls unter Alkoholeinfluss? ja ☐ nein ☐

Wurde der Unfall dem Arbeitgeber als Berufsunfall gemeldet? ja ☐ nein ☐

Bitte Behörde oder Berufsgenossenschaft angeben: _____

Beschreibung der Fahrstrecke von der Wohnung zum Arbeitsort, Dienstreiseziel o. Schulungsort:

Erstattungsleistungen:

wurden Versicherungskosten erstattet: ☐ nein ☐ ja, in welcher Höhe _____, _____ €

sind Versicherungsleistungen zu erwarten: ☐ nein ☐ ja, in welcher Höhe _____, _____ €

anderweitige Erstattungen: ☐ nein ☐ ja, in welcher Höhe _____, _____ €

bestehen Ansprüche an Dritte: ☐ nein ☐ ja, in welcher Höhe _____, _____ €
Aufstellung der Unfallkosten (lt. beigefügter Belege)

Reparaturkosten: _____, _____ €

Rechtsanwaltskosten: _____, _____ €

Gerichtsgebühren: _____, _____ €

Sachverständigenkosten: _____, _____ €

Arzt/Krankenhauskosten: _____, _____ €

Mietkosten Pkw: _____, _____ €

Selbstbeteiligung zur Fahrzeugvers.: _____, _____ €

sonstige Kosten: _____, _____ €

Zwischensumme: _____, _____ €

Erstattungen: _____, _____ €

Gesamtsumme: _____, _____ €

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____