

## **Unfallaufnahmebogen**

**A** Name des Anspruchstellers / Halter:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Konto-Nummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

---

**B** Name des Unfallgegners: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Versichert bei, sofern bekannt: \_\_\_\_\_

Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_

---

**C** Unfallort:

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

Kurze Unfallschilderung ggf. mit Skizze:

---

---

---

---

Name und Anschrift der Unfallzeugen: \_\_\_\_\_

---

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?: \_\_\_\_\_

---

Aktenzeichen der Polizei: \_\_\_\_\_

## D Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

Typ: \_\_\_\_\_

Erstzulassung: \_\_\_\_\_ km-Stand (ca.): \_\_\_\_\_

Wer ist Eigentümer des beschädigten Fahrzeuges (Leasinggeber ? finanzierende Bank?):

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen:  ja  nein

Vorsteuerabzugsberechtigt?  ja  nein

Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug versichert

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

Vollkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Teilkaskoversicherung: \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsschutzversicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: .: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (Gutachten,

Kostenvoranschlag, Rechnung pp): \_\_\_\_\_

## E sonstige beschädigte Gegenstände

Was wurde beschädigt?: \_\_\_\_\_

Wie hoch ist der Wiederbeschaffungswert (Ihre Schätzung): \_\_\_\_\_

## F Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbständig:  ja  nein

## G Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?  ja  nein