

# Unfallaufnahmebogen

## 1. Daten des Mandanten

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße; Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Telefon:

Privat: \_\_\_\_\_  
Dienstlich \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
Telefax \_\_\_\_\_

### Bankverbindung:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_  
Konto-Nr: \_\_\_\_\_

Vorsteuercrabung:           ja                           nein

### Fahrzeugdaten:

Eigentümer: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Straße/Nr., PLZ und Ort (Leasing, Sicherungseigent.)

Fahrer: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Straße/Nr. PLZ und Ort

Fahrzeug: \_\_\_\_\_  
Hersteller, Typ, Baujahr (Lkw, Pkw, Krad)

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

### Versicherungsdaten:

Kfz-Haftpflichtversicherer:  
Versicherer \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nr: \_\_\_\_\_

Vollkasko:           ja           nein                           Teilkasko:           Ja           nein  
Selbstbehalt: \_\_\_\_\_                           Selbstbehalt: \_\_\_\_\_

### Rechtsschutzversicherer:

Unternehmen: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

## **2. Daten des Anspruchsgegners**

**Fahrzeug:** \_\_\_\_\_  
Hersteller, Typ, Baujahr (Lkw, Pkw, Krad)

**amtliches Kennzeichen:** \_\_\_\_\_

### **Fahrer des gegnerischen Unfallfahrzeuges:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße; Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### **Halter:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße; Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### **Haftpflichtversicherer:**

Kfz-Haftpflichtversicherer:

Versicherer \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr: \_\_\_\_\_

## **3. Unfalldaten**

**Unfallort:** \_\_\_\_\_

**Unfallzeitpunkt:** \_\_\_\_\_

### **Polizei:**

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Tagebuch-Nr: \_\_\_\_\_

Zeugen: ja                      nein                      (wenn ja, siehe Rückseite)

**4. Personenschäden:**

**Verletzungen:**

Wer: \_\_\_\_\_

Was: \_\_\_\_\_

**ärztliche Erstbehandlung:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Arztes/Klinik

**Weiterbehandlung:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Arztes/Klinik

Verdienstausfall: