

Unfallaufnahmebogen

Datum/Uhrzeit des Unfalls:

Unfallort:

Wer hat den Unfall verursacht?

ich

der Unfallgegner

strittig

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

ja

nein

Dienststelle:

Aktenzeichen:

Angaben zum beschädigten Fahrzeug

Fahrzeug (Marke, Modell):

amtliches Kennzeichen:

Ident-Nr.:

Erstzulassung:

Kilometerstand:

Angaben zum Eigentümer des Unfallfahrzeugs / Fahrzeughalter / Fahrer

Sind Sie Eigentümer des Fahrzeugs:

ja

nein

Sind Sie Halter des Fahrzeugs?

ja

nein

Waren Sie Fahrer des Fahrzeugs?

ja

nein

Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug?

ja

nein

└─>

Leasinggeber:

Ist das Fahrzeug finanziert?

ja

nein

└─>

Kreditgeber:

Angaben zum Eigentümer

Name, Vorname:

Firma, gesetzlicher Vertreter:

Anschrift:

Telefon / Mobil:

Fax:

E-Mail:

Kontonummer, BLZ:

Bank, Ort:

vorsteuerabzugsberechtigt:

ja

nein

Führerschein seit:

Angaben zum Halter (falls nicht identisch mit dem Eigentümer)

Name, Vorname:

Firma, gesetzlicher Vertreter:

Anschrift:

Telefon / Mobil:

Fax:

E-Mail:

Kontonummer, BLZ:

Bank, Ort:

vorsteuerabzugsberechtigt:

ja

nein

Angaben zum Fahrer (falls nicht identisch mit dem Eigentümer)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Führerschein seit: _____

Angaben zum eigenen Versicherungsschutz

Haftpflichtversicherung

Name des Versicherers: _____

Anschrift des Versicherers: _____

Versicherungsnummer: _____

Kaskoversicherung

Teilkasko ja nein

Selbstbeteiligung ja in Höhe von _____ € nein

Vollkasko ja nein

Selbstbeteiligung ja in Höhe von _____ € nein

Rechtsschutzversicherung

Name des Versicherers: _____

Anschrift des Versicherers: _____

Versicherungsnummer: _____

Schaden-Nummer: _____

Selbstbeteiligung ja in Höhe von _____ € nein

Angaben zum Unfallgegner

Name, Vorname: _____

Firma, gesetzlicher Vertreter: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners

Fahrzeug (Marke, Modell): _____

amtliches Kennzeichen: _____

Erstzulassung: _____

Kilometerstand: _____

Angaben zur Versicherung des Unfallgegners

Name des Versicherers: _____

Anschrift des Versicherers: _____

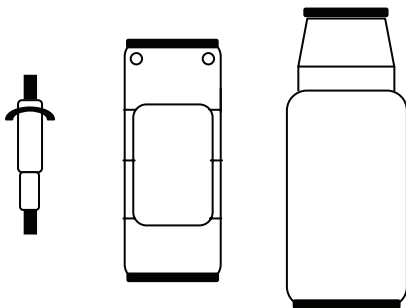
Versicherungsnummer: _____

Angaben zu Sachschäden

(sichtbare) Schäden am
eigenen Fahrzeug: _____

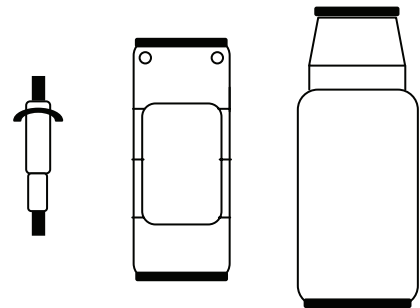
(sichtbare) Schäden am gegnerischen Fahrzeug:

Eigenes Fahrzeug:



Bitte markieren Sie am jeweiligen Fahrzeug Richtung und Position des Zusammenstoßes mit einem Pfeil sowie beschädigte Stellen mit einem Kreuz.

Fahrzeug des Unfallgegners:



Sonstige Sachschäden:

(z.B. Schilder, Ampelanlagen, Zäune, Gebäude, etc.)

Angaben zu Personenschäden

1) Name des Verletzten:

Anschrift des Verletzten:

Geburtsdatum des Verletzten:

unfallbedingter Krankenhausaufenthalt:

von: _____ **bis:** _____

Name des Krankenhauses:

Anschrift des Krankenhauses:

Name ambulant behandelnder Arzt:

Anschrift ambulant behandelnder Arzt:

arbeitsunfähig:

von: _____ **bis:** _____
voraussichtlich

2) Name des Verletzten: _____

Anschrift des Verletzten: _____

Geburtsdatum des Verletzten: _____

unfallbedingter Krankenhausaufenthalt: von: _____ bis: _____

Name des Krankenhauses: _____

Anschrift des Krankenhauses: _____

Name ambulant behandelnder Arzt: _____

Anschrift ambulant behandelnder Arzt: _____

arbeitsunfähig: von: _____ bis: _____
voraussichtlich

Angaben zu weiteren Unfallbeteiligten / Zeugen

weitere Beteiligte:

Zeugen (z. B. Beifahrer):

Schilderung des Unfallhergangs

Unfallskizze*

Bitte Skizzieren Sie die Position und die Fahrtrichtung der beteiligten Fahrzeuge am Unfallort:

A large grid for sketching the accident scene, consisting of 20 columns and 20 rows of small squares.

* Ggf. weitere Skizze und Fotos gesondert beifügen.