

# Unfallaufnahmebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden/übergeben uns diesen, um uns einen ersten Überblick zu dem Sachverhalt zu geben und die zügige Bearbeitung Ihres Verkehrsunfalls zu gewährleisten. Die von Ihnen angegebenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung dieses Mandates gespeichert.

## I. Persönliche Angaben:

### 1. Angaben zur Person

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigung?  Ja  Nein

### 2. Angaben zu eigenen bestehenden Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung:

\_\_\_\_\_

Firmenadresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vollkasko  bzw. Teilkasko

Rechtsschutz: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Selbstbehalt: \_\_\_\_\_ EUR

## II. Angaben zum Unfallgeschehen

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

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

Eigenes Kraftfahrzeug:

Gegnerisches Kraftfahrzeug:

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

Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_ Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_ Halter: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ggf. Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit dem Halter, Leasingfahrzeug etc.):

\_\_\_\_\_

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung:

Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Schadenummer: \_\_\_\_\_

Oder: Daten aus beigefügten Schreiben ersichtlich:  Ja

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc.):

\_\_\_\_\_

### Zeugen:

1. Zeuge

2. Zeuge

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

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

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ggf.: Weitere Zeugen gem. Beiblatt?  Ja

### Unfallgeschehen:

Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich. Falls der Platz nicht reicht, fügen Sie ein Blatt an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Unfallskizze

Bitte fertigen Sie zur Veranschaulichung eine Unfallskizze auf einem gesonderten Blatt an.

### Bilder und Videoaufzeichnungen:

Gibt es eine Aufnahme aus einer Dashcam zum Unfallgeschehen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Lichtbilder am Unfallort angefertigt?

\_\_\_\_\_

### Polizeiliche Unfallaufnahme

Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### III. Angaben bei Fahrzeugschäden

Fahrzeug repariert?  Ja  Nein Vorsteuerabzugsberechtigung?  Ja  Nein

Wenn ja: Mietwagen genommen? Zeitraum: \_\_\_\_\_  
[ ] Ja [ ] Nein \_\_\_\_\_ Tage  
Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus? [ ] Ja [ ] Nein

Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt? [ ] Ja [ ] Nein

Wenn ja: Gutachter bereits bezahlt? [ ] Ja [ ] Nein

#### IV. Angaben bei Personenschäden

Name der verletzten Person: \_\_\_\_\_

Ggf. persönliche Daten (Anschrift, Telefon, etc.): \_\_\_\_\_

Ärztliche Erstbehandlung: \_\_\_\_\_ ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich [ ]

Klinik/Arzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

Ärztliche Folgebehandlung (insb. "Hausarzt"): \_\_\_\_\_ ggf.: Daten aus Bericht ersichtlich [ ]

Klinik/Arzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

Weiter verbleibende Beschwerden: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit über \_\_\_\_\_ Wochen; ärztlich attestiert [ ] Ja [ ] Nein

Besteht eine Krankenversicherung? [ ] Ja (gesetzlich) [ ] Ja (Privat) [ ] Nein

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? [ ] Ja [ ] Nein

Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

#### V. Weitere Unterlagen als Anhang

Bitte fügen Sie auch die als Anhang angeführten Unterlagen bei, sofern diese bei Ihnen vorhanden sind, und markieren dies jeweils mit einem Kreuz:

- |                                                                        |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfallskizze                                  | <input type="checkbox"/> Bilder vom Unfallort                |
| <input type="checkbox"/> Gutachten/Reparaturrechnung/KostenVA          | <input type="checkbox"/> Arztbericht/ärztliches Attest       |
| <input type="checkbox"/> Unterlagen der eigenen Versicherung           | <input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindungserklärung |
| <input type="checkbox"/> Schreiben Polizeidienststelle/Visitenkarte    | <input type="checkbox"/> Rechnungen ärztliche Heilkosten     |
| <input type="checkbox"/> Schreiben gegnerische Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Weitere Unterlagen                  |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_