



Unfallaufnahmebogen

(Bitte vollständig ausfüllen!)

Unfall vom:			
Uhrzeit:			
Unfallort:			
Abgeschleppt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abschleppdienst: <input type="text"/>
	JA	NEIN	

1. Geschädigter

(= Eigentümer des Fahrzeuges)

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Bei Unternehmen:			
	<i>(vollständige Firmenbezeichnung)</i>		
Geschäftsführer / Inhaber:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-- / -- / ----"/>
	Nachname	Vorname	Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-- / -- / ----"/>
Herr	Frau	Nachname	Vorname	Geburtsdatum

ANSCHRIFT:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Nr.	PLZ	Ort

KOMMUNIKATION:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	Email

BANKVERBINDUNG:

Bank:	<input type="text"/>	
IBAN:	<input type="text"/>	
BIC:	<input type="text"/>	
Vorsteuerabzugsberechtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN



2. Eigene Versicherung

Name:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Versicherungsnummer:	<input type="text"/>		
Teilkasko:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN	SB (Höhe)
Vollkasko:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN	SB (Höhe)

3. Fahrzeugdaten

(eigenes bzw. beschädigtes Fahrzeug)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrzeug	Amtliches Kennzeichen

Leasing		Finanzierung	
JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leasinggeber / Bank:	<input type="text"/>		
Vertragsnummer:	<input type="text"/>		
Serviceheft:	<input type="text"/>		

Wenn ja, wird um Übersendung einer Kopie des Serviceheftes gebeten.

4. Rechtsschutzversicherung

Name:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Versicherungsnummer:	<input type="text"/>		
Schaden-Nummer:	<input type="text"/>		
Selbstbeteiligung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN	SB (Höhe)

5. Daten des Unfallgegners

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Bei Unternehmen:	<input type="text"/>			
	<i>(vollständige Firmenbezeichnung)</i>			
Geschäftsführer / Inhaber:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-- / -- / ----"/>	
	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-- / -- / ----"/>
		Herr	Frau	Nachname



c. Name und Anschriften von Unfallzeugen; bitte ggf. Telefonverbindungen angeben:

d. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Polizeidienststelle:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
Aktenzeichen:	<input type="text"/>

e. Wurde ein OWi- / Strafverfahren eingeleitet?

JA:

NEIN:

Zuständige Behörde:

Aktenzeichen:

f. Personenschäden

JA:

NEIN:

Art/Umfang der Verletzungen?

Ambulante Behandlung:

Name Arzt (1):

Adresse:

Name Arzt (2):

Adresse:

Name Arzt (3):



Adresse:

Stationäre Behandlung:

Klinik:

Adresse:

Klinikaufenthalt: von: bis:

Arbeitsunfähig

JA: NEIN:

vom: bis (voraussichtlich):

Zuständige Krankenversicherung:

Arbeitsunfall

JA: NEIN:

Zuständige Berufsgenossenschaft:

9. Regulierungsweg

Reparatur beabsichtigt:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Reparatur:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN		konkret	fiktiv

Verkauf beabsichtigt:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN

Nutzungsausfall:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN

Mietwagen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	JA	NEIN

10. Sonstige Beschädigungen

Sachen:

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift