

# AUFNAHMEBOGEN UNFALLSACHE

Sehr geehrte Mandantin, sehr geehrter Mandant,

um Ihre Angelegenheit schnell und effektiv bearbeiten zu können, möchten wir Sie bitten, folgendes Formular so vollständig wie möglich auszufüllen. Vielen Dank.

<b>I. PERSÖNLICHE ANGABEN:</b>	
Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	Email
Bank	Bankleitzahl
Kontonummer	Beruf
Name des Fahrers	vorsteuerabzugsberechtigt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rechtsschutzversicherung	Versicherungsnummer

<b>II. ANGABEN ZUM GEGNER:</b>		
Vor- und Nachname	Anschrift	Telefon/Telefax
Versichert bei	Versicherungsnummer	Schaden-Nr.
Fahrzeugart	Fabrikat	Amtl. Kennzeichen

<b>III. ANGABEN ZUM UNFALL:</b>		
Unfallort	Unfalltag	Unfallzeit
<b>Kurze Unfallschilderung:</b>		

<b>Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer</b> (Name, Anschrift, Kennzeichen des Fahrzeugs)	

<b>Unfallzeugen</b> (Name, Anschrift, Kennzeichen des Fahrzeugs)	

**Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?**

--

**IV. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN:**

Was wurde beschädigt?	Art und Umfang der Beschädigung
-----------------------	---------------------------------

**Bei beschädigten Kraftfahrzeugen:**

Fahrzeugart	Fabrikat	Baujahr
KM-Stand	Amtl. Kennzeichen	

**Versicherung des beschädigten Fahrzeugs (zum Zeitpunkt des Unfalls)**

Versicherungsart	Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer
<input type="radio"/> Haftpflicht-Versicherung <input type="radio"/> Teilkasko-Versicherung <input type="radio"/> Vollkasko-Versicherung		

**Bei Vollkasko-Versicherung:**

Höhe der Selbstbeteiligung \_\_\_\_\_ €

**V. BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN:**

Name des Verletzten	Anschrift	Telefon/Telefax
Geburtsdatum	Familienstand	Kinder (Anzahl und Alter)
Ausgeübter Beruf	selbständig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Art und Umfang der Verletzungen	Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____	
Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? <input type="radio"/> ja, voraussichtlich bis _____ <input type="radio"/> nein	Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?	
Lag ein Berufsunfall vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ereignete sich der Unfall auf dem Arbeitsweg? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?	Name/Anschrift des Arbeitgebers	
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? <input type="radio"/> ja, bei _____ <input type="radio"/> nein	Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? <input type="radio"/> ja, von _____ / Höhe _____ <input type="radio"/> nein	

**Ort, Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_