

UNFALLAUFNAHME

Unfallort _____ Unfalldatum _____ Unfalluhrzeit _____

Straße / Hausnummer

Kreuzung / Ecke

Postleitzahl

Ort

Wer hat den Unfall verursacht?

 Unfallgegner Ich Strittig

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

 Ja Nein

Dienststelle

Vorgangsnummer / Aktenzeichen

Angaben zum beschädigten Fahrzeug

Fahrzeug (Marke, Modell)

Kennzeichen

Identifikationsnummer

Erstzulassung

Kilometerstand

Angaben zum Eigentümer des Unfallfahrzeuges / Fahrzeughalter / Fahrer

Sind Sie der Eigentümer des Fahrzeuges?

 Ja Nein

Sind Sie der Halter des Fahrzeuges?

 Ja Nein

Waren Sie der Fahrer des Fahrzeuges?

 Ja Nein

Handelt es sich um ein Leasing-Fahrzeug?

 Ja NeinLeasinggeber
(Unternehmen, Anschrift)

Ist das Fahrzeug finanziert?

 Ja NeinKreditgeber
(Unternehmen, Anschrift)

Personendaten Fahrzeugeigentümer

Vorname

Nachname

Firma / gesetzl. Vertreter

Straße / Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon / Mobil

Telefax

E-Mail

Bankinstitut / Ort

IBAN

BIC

Führerschein seit _____

Vorsteuerabzugsberechtigt

 Ja Nein

UNFALLAUFNAHME

Personendaten Fahrzeughalter

Vorname	Nachname	Firma / gesetzl. Vertreter	
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon / Mobil		Telefax	E-Mail
Bankinstitut / Ort	IBAN	BIC	
Vorsteuerabzugsberechtigt		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Personendaten Fahrzeugführer

Vorname	Nachname	Führerschein seit	
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon / Mobil		Telefax	E-Mail

Angaben zum eigenen Versicherungsschutz

Haftpflichtversicherung

Versicherungsname	Versicherungsnummer		
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort

Kaskoversicherung

Teilkasko	Selbstbeteiligung	_____ Euro	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vollkasko	Selbstbeteiligung	_____ Euro	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Rechtsschutzversicherung

Versicherungsname	Versicherungsnummer			
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort	
Selbstbeteiligung		_____ Euro	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



UNFALLAUFNAHME

Angaben zum Unfallgegner

Vorname Nachname Firma / gesetzl. Vertreter

Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Telefon / Mobil Telefax E-Mail

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners

Fahrzeug (Marke, Modell) Kennzeichen

Identifikationsnummer Erstzulassung Kilometerstand

Angaben zum Versicherung des Unfallgegners

Versicherungsname Versicherungsnummer

Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Angaben zu Sachschäden

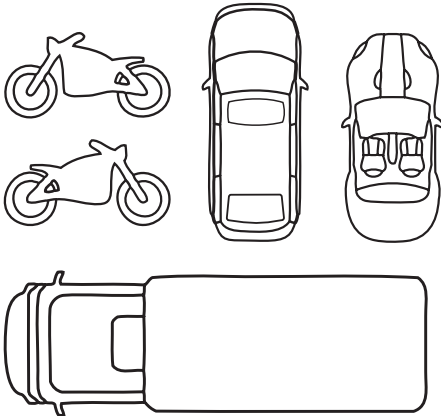
Sichtbare Schäden am eigenen Fahrzeug

Sichtbare Schäden am gegnerischen Fahrzeug



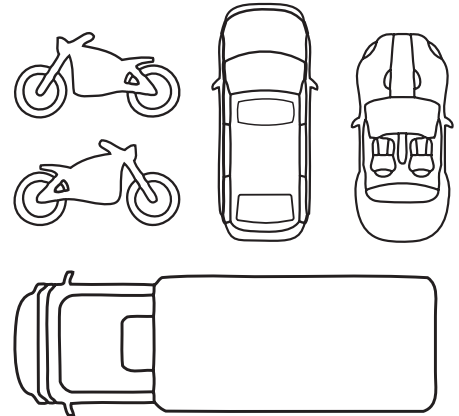
UNFALLAUFNAHME

Eigenes Fahrzeug



Bitte markieren Sie am jeweiligen Fahrzeug die Richtung des Zusammenstoßes mit einem Pfeil sowie die beschädigten Stellen mit einem Kreuz.

Fahrzeug Unfallgegner



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

Angaben zu Personenschäden

Person 1 Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Krankenhaus

Straße / Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Name ambulant behandelner Arzt

Kontaktdaten ambulant behandelner Arzt

Unfallbedingter

von: _____

Arbeitsunfähig

von: _____

Krankenhausaufenthalt

bis: _____

bis: _____

Person 2 Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Krankenhaus

Straße / Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Name ambulant behandelner Arzt

Kontaktdaten ambulant behandelner Arzt

Unfallbedingter

von: _____

Arbeitsunfähig

von: _____

Krankenhausaufenthalt

bis: _____

bis: _____



UNFALLAUFNAHME

Angaben zu weiteren Unfallbeteiligten und Zeugen

Weitere Beteiligte

Zeugen (z. B. Beifahrer)

Schilderung des Unfallhergangs (Stichworte)



UNFALLAUFNAHME

Unfallskizze

Bitte skizzieren Sie die Fahrbahn, Positionen der Fahrzeuge am Unfallort und die Fahrtrichtung

Ggf. weitere Fotos oder Skizzen bitte gesondert beifügen.