

Aufnahmebogen für Verkehrsunfälle

1. Fahrzeugeigentümer/Anspruchsteller

| | |
|--|---|
| Name, Vorname | |
| Adresse | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail-Adresse | |
| Bankverbindung | |
| Vorsteuerabzugsberechtigung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Abweichender Fahrer zum Unfallzeitpunkt? | <input type="checkbox"/> Nein, der Eigentümer ist gefahren <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier den Namen, Vornamen sowie die Adresse des Fahrers an: |
| Besteht eine Rechtsschutzversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier die Versicherungsgesellschaft nebst Versicherungsscheinnummer an |

| | |
|--|---|
| Besteht gegebenenfalls eine weitere Rechtsschutzversicherung für das Fahrzeug? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier die Versicherungsgesellschaft nebst Versicherungsscheinnummer an |
|--|---|

2. Daten eigenes Fahrzeug

| | |
|---|--|
| Eigenes Kennzeichen | |
| Besteht eine Vollkaskoversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier die Vollkaskoversicherung nebst Versicherungsscheinnummer an |
| Ist das Fahrzeug geleast oder finanziert? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier die Leasinggesellschaft/das finanzierende Institut nebst Darlehensnummer an |

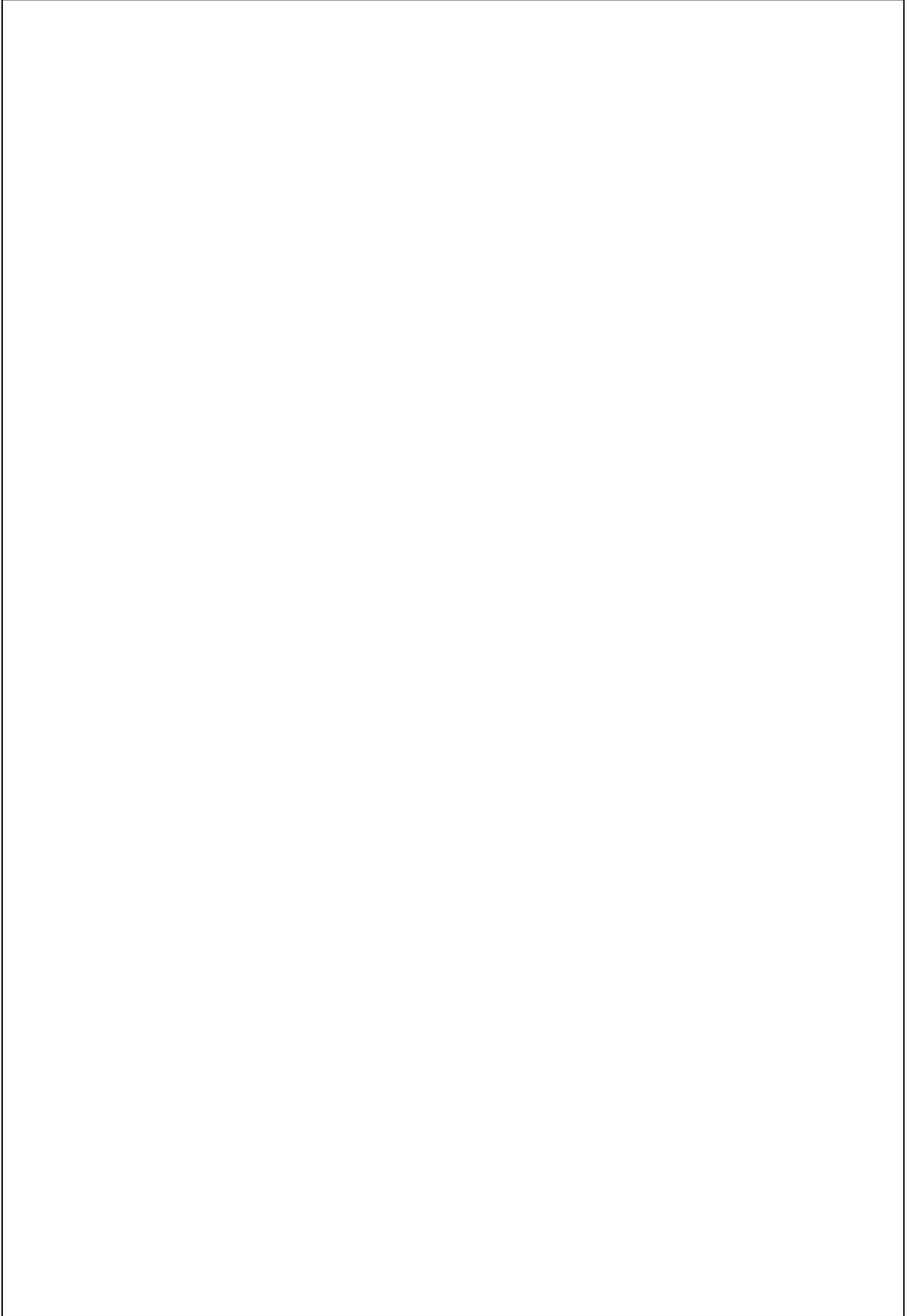
3. Angaben zum gegnerischen Fahrzeug

| | |
|------------------------------|--|
| Gegnerisches Kfz-Kennzeichen | |
|------------------------------|--|

| | |
|--------------------------------------|--|
| Vollständiger Name des Unfallgegners | |
| Haftpflichtversicherung Unfallgegner | |
| Versicherungs- oder Schadennummer | |

4. Angaben zum Unfall

| | |
|--|--|
| Unfalltag und -zeit | |
| Unfallort (möglichst genaue Angaben, wie z.B. Straße, Hausnummer, Name Parkplatz etc.) | |
| Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier die Polizeistation sowie das Aktenzeichen an (sofern bekannt) |
| Gab es Zeugen des Unfalls? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier die Zeugen sowie deren Adressen an (sofern bekannt) |



5. Bei Personenschaden

| | |
|--|--|
| Name und Adresse der verletzten Person | |
| Art der Verletzung? | |
| Art der Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat |
| Krankenhausaufenthalt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte geben Sie hier das Krankenhaus sowie dessen Adresse an |
| Bei welchen Ärzten sind Sie in weiterer Behandlung? Bitte geben Sie hier den Namen sowie die Adresse der Ärzte an | |

| | |
|---------------------------|---|
| Derzeit krankgeschrieben? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vom _____ bis zum _____ |
|---------------------------|---|

| | |
|------------------------|--|
| Anmerkungen Ihrerseits | |
|------------------------|--|