

Rechtsanwälte
 Sebastian Dzuba, Claus Wörner, Manuel Paz
 Zeppelinstraße 40, 73760 Ostfildern
 Tel.: 0711/4599968-0, Fax: 0711/4599968-12

Unfallaufnahmebogen

Anspruchssteller

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Mobilfunknummer	
Kontoverbindung	
Amtliches Kennzeichen des Kfz	
Fahrer, falls abweichend	

Anspruchsgegner

Name, Vorname des Halters	
Anschrift	
Telefon	
Versichert bei, sofern bekannt	
Versicherungsnummer	
Name, Anschrift des Fahrers, falls abweichend	
Fahrzeugart	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Sonstiges

Angaben zum Unfallgeschehen

Unfalltag	
Unfallzeit	
Unfallort	

Kurze Unfallschilderung / Skizze: (Schadenbilder können per Email an info@ra-dzuba.de übersandt werden)

Name / Anschrift der Unfallzeugen	
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	
Aktenzeichen der Polizei	
Wurde ein OWi- / Strafverfahren eingeleitet? Gegen wen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ansprüche wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt?	
Eigentümer der beschädigten Sache <u>oder</u> Finanzierung / Leasing (Falls ja, bitte Angabe der Finanzierungs- bzw. Leasingbank) ?	
Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gutachter vorhanden? (Wenn ja, bitte benennen)	
Reparaturwerkstat vorhanden? (Wenn ja, bitte benennen)	

Beschädigte Kraftfahrzeuge

(Die eigenen Fahrzeugversicherungsdaten sind, unter Umständen, bei eigenem Mitverschulden erforderlich.)

Typ	
Erstzulassung	
Kilometerstand (ca.)	
Fahrzeug fahrfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mietwagen erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haftpflichtversicherung (Falls ja, bitte mitteilen, ob eine Schadensmeldung bereits stattgefunden hat)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Versicherer: Schadensmeldung erfolgt ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Voll- bzw. Teilkaskoversicherung, Selbstbeteiligung (Falls vorhanden, bitte mitteilen, ob eine Schadensmeldung bereits stattgefunden hat)	Teilkasko <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Selbstbeteiligung (Höhe): Vollkasko <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Selbstbeteiligung (Höhe): Versicherer: Schadensmeldung erfolgt ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung	Selbstbeteiligung:
Reparatur erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ansprüche wegen Personenschäden

Name, Anschrift des Verletzten	
Telefon	
Geburtsdatum	
Ausgeübter Beruf	
Familienstand	
Art der Verletzung	
Ärztliches Attest über Arbeitsunfähigkeit von/bis	
Krankenhausaufenthalt von/bis	
Behandelnde Ärzte?	
Arbeitsunfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verdienstausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fahrerschutzversicherung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unfallversicherung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unfallgegner oder Beifahrer verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anlagen: Vollmacht beigelegt?

Versicherungsbedingungen beigelegt (Teil-/Vollkasko und Haftpflichtversicherung)