

Unfallerfassungsbogen

Angaben zum Anspruchsteller

Name: Vorname:
Straße:
Postleitzahl: Ort:
Beruf:
.....

Angaben zum Unfallgegner

Halter
Name: Vorname:
Straße:
Postleitzahl: Ort:
Haftpflichtversicherung:
Versicherungs-Nr.:

Wenn eine andere Person als der Halter das Fahrzeug gesteuert hat

Name: Vorname:
Straße:
Postleitzahl: Ort:

Unfallhergang

Unfallort:
Unfalltag: Unfallzeit:

genauer Unfallablauf:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Unfallskizze:

Andere am Unfall Beteiligte (Name, Anschrift, Kfz-Kennzeichen):

.....
.....
.....
.....
.....

Unfallzeugen (Name, Anschrift):

.....
.....
.....
.....
.....

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? nein ja, bei

Dienststelle:

Aktenzeichen:

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Was wurde beschädigt:

Art und Umfang der Beschädigung:

.....

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? (nur wenn Mandant nicht Eigentümer/Halter der beschädigten Sache ist)

Name: Vorname:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

gehört die Sache zum Betriebsvermögen: ja nein
Vorsteuerabzugsberechtigt ja nein

Anschaffungsdatum: Preis: €
Reparaturkosten: € Reparaturdauer: Tage

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Hat bereits ein Sachverständiger die Sache schon besichtigt? nein ja, von

frühere Schäden, Anzahl und Umfang:

.....
.....
.....
.....
.....

bei beschädigtem Kfz

Fahrzeugtyp: Fabrikat:
Erstzulassung: Kilometerstand:
Kennzeichen: Anzahl Vorbesitzer:

Bei welcher Gesellschaft und unter welcher Police-Nummer war das Kfz zum Zeitpunkt des Unfalls versichert?

Haftpflichtversicherung:
Versicherungs-Nr.:

Vollkasko-Versicherung:
Versicherungs-Nr.:
Selbstbeteiligung: €

Teilkasko-Versicherung:
Versicherungs-Nr.:
Selbstbeteiligung: €

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

Geburtsdatum:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden

Zahl und Alter der Kinder:

Beruf:

.....

selbstständig ja nein,

Name, Anschrift des Arbeitgebers:

.....
.....
.....

monatl. Nettoeinkommen:€

Bezieht der Verletzte unabhängig vor diesem Unfall eine Rente? nein ja, von

.....
Höhe monatlich:€

Angaben zu Verletzungen

Art/Umfang:

.....

Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Krankenhausaufenthalt von bis (voraussichtlich)

Namen und Anschrift des Krankenhauses

.....
.....
.....

ambulant behandelnde Ärzte:

.....
.....
.....

ist der Verletzte arbeitsunfähig geschrieben: nein ja,

von: bis (voraussichtlich)

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte versichert?

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit

nein ja,

welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:

.....

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? nein ja,

bei

Ich befreie die an der Heilbehandlung beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht

nein ja (bitte Schweigepflichtentbindungserklärung ausfüllen)

Datum, Unterschrift