



Unfallaufnahmebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden/übergeben uns diesen, um uns einen ersten Überblick zu dem Sachverhalt zu geben und die zügige Bearbeitung Ihres Verkehrsunfalls zu gewährleisten. Die von Ihnen angegebenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung dieses Mandates gespeichert.

Bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt mit oder gerne vorab per E-Mail an: info@recht-heil.de

Unfalldaten

Zeitpunkt des Unfalls: , den , um/gegen Uhr

Ort des Unfalls: in

Wer ist Unfallverursacher? Ich die Gegenseite unklar

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche Dienststelle?

Haben Sie ein Aktenzeichen?

Gegnerisches Fahrzeug

Fahrzeug (Art, Marke, Modell):

Amtl. Kennzeichen: -

Erstzulassung: Kilometerstand: km

Name und ggf. weitere

Daten des Gegners

Versicherung der Gegenseite:

Anschrift der Versicherung:

Versicherungsnummer:

Falls Sie hierzu Kopien, Lichtbilder etc. von der Gegenseite haben, fügen Sie dies als Anlage bei

Ihr Fahrzeug

Falls Sie hierzu Kopien, Lichtbilder etc. haben, fügen Sie dies bitte direkt als Anlage bei

Fahrzeug (Art, Marke, Modell):

Listenpreis des Fahrzeugs: EUR

Amtl. Kennzeichen: -

Fahrgestellnummer:

Erstzulassung: Kilometerstand: km

Sind Sie Eigentümer des Fahrzeugs? Ja Nein

Ist das Fahrzeug geleast/finanziert? Ja Nein

Leasing/Kreditgeber:

Wurde der Schaden an den Leasing/Kreditgeber gemeldet? Ja Nein

Achtung: Bei einem geleasten/finanzierten Fahrzeug ist meist eine Freigabeerklärung der finanzierenden Bank notwendig – der Schaden ist direkt bei der finanzierenden Bank anzuzeigen!

Sind Sie Halter des Fahrzeugs? Ja Nein

Waren Sie Fahrer? Ja Nein

Eigentümer des Fahrzeugs

Name, Vorname:

Firma, gesetzlicher Vertreter:

Anschrift:

Telefon / Mobil:

E-Mail:

Kontodaten (IBAN/BIC): DE

vorsteuerabzugsberechtigt: Ja Nein

Punkte in Flensburg?: Ja Nein - wie viele? Punkte

Führerschein seit:

Angaben zum Fahrer (nur ausfüllen falls nicht identisch mit dem Eigentümer)

Name, Vorname:

Firma, gesetzlicher Vertreter:

Anschrift:

Telefon / Mobil:

E-Mail:

Kontodaten (IBAN/BIC): DE

vorsteuerabzugsberechtigt: Ja Nein

Punkte in Flensburg?: Ja Nein - wie viele? Punkte
Führerschein seit:

Ihre Versicherungen

Bitte beachten Sie, dass Sie ggf. vor Einschaltung eines Anwalts zur Meldung des Schadens bei Ihrer Versicherung verpflichtet sind!

KfZ-Haftpflichtversicherung

Unternehmen:
Anschrift:
des Versicherers:
Versicherungsscheinnummer:

Kaskoversicherung

Teilkasko: Ja Nein
Selbstbeteiligung Ja Nein - Höhe? EUR
Vollkasko: Ja Nein
Selbstbeteiligung Ja Nein - Höhe? EUR

Rechtsschutzversicherung

Unternehmen:
Anschrift:
des Versicherers:
Versicherungsscheinnummer:
Wurde bereits eine Deckungsanfrage gestellt? Ja Nein
Schadensnummer:
Selbstbeteiligung Ja Nein - Höhe? EUR

Unfallskizze - Unfallhergang

Schildern/Zeichnen Sie den Unfallhergang bitte so genau wie möglich:

Bitte zeichnen Sie in der Skizze auch die Verkehrssituation aus Ihrer Erinnerung anhand Straßenführung, Verkehrszeichen, Ampelstandort und Verkehrsrichtung.

Unfallbeschreibung:

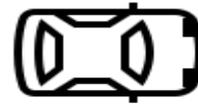
Wo sind die Sach-Schäden am Fahrzeug?: (Markieren Sie die Stellen mit einem Kreis oder X)

Ihr Fahrzeug:



Beschreibung:

Fahrzeug der Gegenseite:



Beschreibung:

Angaben zu Fahrzeugschäden:

Fahrzeug repariert? Ja Nein

Mietwagen genommen? Ja Nein Zeitraum:

täglicher Fahrbedarf km

Gutachter bereits beauftragt? Ja Nein

Gutachten bereits erhalten? Ja Nein

Gutachter bereits bezahlt? Ja Nein

Sicherheitsabtretung erfolgt? Ja Nein

Gibt es sonstige Sachschäden?

(z.B. Schilder, Ampelanlagen, Zäune, Gebäude, Gegenstände im Fahrzeug, private/bewegliche Gegenstände, Motorradausrüstung, Transportgut, etc.)

(Bitte legen Sie hier entsprechende Belege und Nachweise als Anlage gesondert bei)

Personenschäden
(nur Ausfüllen sofern relevant für jeden Verletzten)

Name des/der Verletzten:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Verletzung:

Krankenversicherung: gesetzlich privat

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft:

unfallbedingter Krankenhausaufenthalt: von: bis:

Anschrift des Krankenhauses:

Name, Art und Anschrift

der behandelnden Ärzte:

Arbeitsunfähigkeit/Krankmeldung? von: bis:

Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

Sind Folgeschäden zu erwarten? Ja Nein unbekannt/unklar?

Welche?

Gibt es weitere Verletzte? Ja Nein

(Insassen, Beifahrer, Passanten, etc.)

**Falls ja, drucken Sie diese Seite mehrfach aus und füllen Sie bitte für jeden Beteiligten
einzeln aus**

Zeugen/Beweise

1.

Name des/der Beteiligten/Zeugen:

Anschrift:

2.

Name des/der Beteiligten/Zeugen:

Anschrift:

3.

Name des/der Beteiligten/Zeugen:

Anschrift:

4.

Bilder und Videoaufnahmen?

Ja

Nein

Bitte als Anlage beifügen!

(z.B. Lichtbilder vor Ort, Dashcam, etc.)

Unterlagen als Anhang:

zusätzliche Unfallskizze

Gutachten/Reparaturrechnung/KostenVA

Unterlagen der eigenen Versicherung

Schreiben Polizeidienststelle

Schreiben gegenerische Haftpflicht

Weitere Unterlagen:

Bilder vom Unfallort

Arztbericht/Attest

Schweigepflichtentbindungserklärung

Rechnung Heilbehandlung

Datum:

X

Mandant