

## Unfallbogen

Datum:

| <b>Mandant (Halter):</b>                           | <b>Fahrer:</b> (falls abweichend vom Halter)       |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Name <input style="width: 95%;" type="text"/>      | Name <input style="width: 95%;" type="text"/>      |
| Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>   | Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>   |
| Anschrift <input style="width: 95%;" type="text"/> | Anschrift <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>   | Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>   |
| Mobil <input style="width: 95%;" type="text"/>     | Mobil <input style="width: 95%;" type="text"/>     |
| E-Mail <input style="width: 95%;" type="text"/>    | E-Mail <input style="width: 95%;" type="text"/>    |

**Bankverbindung:** (für Überweisungen von gegnerischer Versicherung)

Bank:

IBAN:  BIC:

Kontoinhaber:

**Rechtsschutzversicherung**

Vers.-Nr.:  bei:

**Kraftfahrzeug Mandant:**

Kennzeichen:  Hersteller/Typ:

Betriebsvermögen ja  nein  Vorsteuerabzug ja  nein

Haftpflicht-Vers.  Vers-Nr.

Vollkasko ja  nein  Selbstbeteiligung (€)

| <b>Gegner (Halter):</b>                            | <b>Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs:</b>          |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Name <input style="width: 95%;" type="text"/>      | Name <input style="width: 95%;" type="text"/>      |
| Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>   | Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>   |
| Anschrift <input style="width: 95%;" type="text"/> | Anschrift <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>   | Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>   |
| Telefax <input style="width: 95%;" type="text"/>   | Telefax <input style="width: 95%;" type="text"/>   |

**Kraftfahrzeug Gegner:**

Kennzeichen:  Hersteller/Typ:

Haftpflicht-Vers.  Vers-Nr.

**Unfallhergang**Unfalltag  Unfallzeit Unfallort **Unfallschilderung****Wurde Unfall polizeilich aufgenommen?** ja  nein von (Dienststelle mit Adresse) Az./Tagebuchnr. **Zeugen** ja  nein Namen und Anschrift: **Unfallfahrzeug**

- |                                                       |                                                                    |                                             |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fahrbereit                   | <input type="checkbox"/> nicht verkehrssicher                      | <input type="checkbox"/> nicht fahrbereit   |
| <input type="checkbox"/> soll verkauft werden         | <input type="checkbox"/> wird noch benutzt                         | <input type="checkbox"/> ist schon verkauft |
| <input type="checkbox"/> ist repariert                | <input type="checkbox"/> wird nicht repariert                      |                                             |
| <input type="checkbox"/> soll später repariert werden | <input type="checkbox"/> in einer Fachwerkstatt (mit Umsatzsteuer) |                                             |
|                                                       | <input type="checkbox"/> anderweitig (privat)                      |                                             |

**Personenschaden** (nur ausfüllen, wenn Sie infolge des Unfalls verletzt wurden)Arbeitsunfähig seit  bis voraussichtlich 

Name, Fachrichtung und Anschrift des behandelnden Arztes:

Krankenhausaufenthalt vom  bis 

Anschrift des Krankenhauses:

Art und Umfang der Verletzung: