

Rechtsanwälte Greiner-Zimmermann & Heindörfer

Bahnhofstr. 40, 94032 Passau

Tel.: 0851/988390, Fax: 0851/98839-15

www.anwaelte-passau.com, e-mail: kanzlei@anwaelte-passau.com

Füllen Sie bitte den Verkehrsunfall-Aufnahmebogen aus, soweit Ihnen die Angaben bekannt sind.

I. Unfallbeteiligte Personen

Angaben zur Person						
	Mandant	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Unfallgegner	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Name						
Vorname						
Straße						
Geburtsdatum						
PLZ, Ort						
Telefonnummer						
Telefaxnummer						
Mobil						
e-Mail						
Sonstiges						
Fahrzeughalter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Falls der Fahrzeugführer vom Fahrzeughalter abweicht						
	Mandant	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Unfallgegner	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Name						
Vorname						
Straße						
Geburtsdatum						
PLZ, Ort						
Telefonnummer						
Mobil						
e-Mail						

Rechtsanwälte Greiner-Zimmermann & Heindörfer

Bahnhofstr. 40, 94032 Passau

Tel.: 0851/988390, Fax: 0851/98839-15

www.anwaelte-passau.com, e-mail: kanzlei@anwaelte-passau.com

Angaben zum Fahrzeug

	Mandant	Unfallgegner
Amtl. Kennzeichen		
Firmenfahrzeug	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Arbeitgeber		
Vorsteuerabzug	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Fahrzeugart		
Fahrzeughersteller		
Fahrzeugtyp		
Km-Stand		
Erstzulassung		
Erstbesitzer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
Leasingfahrzeug	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leasingbank		
Sicherungsübereignet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Versicherungen

	Mandant	Gegner
Haftpflicht (Gesellschaft)		
Versicherungsnummer		
Vollkasko/Teilkasko		
Rechtschutz (Gesellschaft)		
Versicherungsnummer		

Bankverbindung Mandant - damit Zahlungen sofort weitergeleitet werden können -

Kreditinstitut		Ort	
BLZ		Kto-Nr.	
IBAN		SWIFT	

Allgemeine Unfallangaben

Unfallort _____

Unfalldatum _____ Unfallzeit _____

Straßen-/Sichtverhältn. _____

Sonst. Details _____

Polizeiliche Unfallaufnahme Ja Nein _____

Polizeidienststelle _____

AZ / Tagebuchnummer _____

Zeugen (Name und Anschrift) 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Angaben Sachschaden Mandant

Fahrzeugschaden _____

Sachverständiger beauftragt Ja Nein _____

Name des Sachverständigen _____

Sonstige Schäden _____

Reparaturbetrieb _____

Detaillierte Unfallschilderung, evtl. Skizze

Personenschaden Mandant

Art und Umfang der Verletzungen:

Behandelnder Arzt _____

Ggf. Krankenhaus _____

dort behandelnder Arzt _____

Dauer d. ambulanten Behandlg von _____ bis _____

Ggf. weiter behandelnde Ärzte. _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____