

# UNFALLAUFNAHME

Fax (0 33 28) 33 66 049

## ① Unfalldaten

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Unfallort/Adresse: \_\_\_\_\_

## ② Angaben zum Fahrzeug

Typ: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

abgeschleppt  nein  ja fahrbereit/verkehrstüchtig  nein  ja

Leasing  nein  ja wo \_\_\_\_\_ Vertragsnr.: \_\_\_\_\_

Finanzierung  nein  ja wo \_\_\_\_\_ Vertragsnr.: \_\_\_\_\_

## ③ Angaben zum Unfallgegner

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gegner war:  Fahrer  Halter

Versicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fahrzeug: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

## ④ Unfallaufnahme

polizeilich aufgenommen  nein  ja Akt.-Zeichen: \_\_\_\_\_

Dienststelle, Adresse: \_\_\_\_\_

## ⑤ Gutachten

Gutachter beauftragt  nein  ja

Name, Adresse d. Gutachters: \_\_\_\_\_

**6** Mietwagen  nein  ja Mietzeitraum: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7** Schilderung des Unfalls \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Skizze:

**8** Zeugen

Namen: \_\_\_\_\_ Adressen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9** Personenschäden  nein  ja

Name des Geschädigten: \_\_\_\_\_

behandelnder Arzt oder Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_