

UNFALLAUFNAHME

Für eine zügige Bearbeitung Ihrer Unfallangelegenheit sind wir auf Ihre Angaben angewiesen. Bitte füllen Sie dieses Formular deshalb vollständig aus. Unsere Rechtsanwaltsgebühren werden, soweit das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) nichts anderes bestimmt, nach dem Wert berechnet, den der Gegenstand der anwaltlichen Tätigkeit hat. Es gelten unsere Mandatsbedingungen, die in den Kanzleiräumen ausliegen und unter wieseundkollegen.de abrufbar sind.

Angaben zur Unfallsituation

Unfallort	Unfalldatum	Unfalluhrzeit
Straße / Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Wer hat den Unfall verursacht?	<input type="checkbox"/> Unfallgegner	<input type="checkbox"/> Ich <input type="checkbox"/> Strittig
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dienststelle	Vorgangsnummer / Aktenzeichen	

Angaben zum beschädigten Fahrzeug

Fahrzeug (Marke, Modell)	Kennzeichen
Identifikationsnummer	Erstzulassung
	Kilometerstand

Angaben zum Eigentümer des Unfallfahrzeuges / Fahrzeughalter / Fahrer

Sind Sie der Eigentümer des Fahrzeuges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie der Halter des Fahrzeuges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie der Fahrer des Fahrzeuges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um ein Leasing-Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leasinggeber / Unternehmen, Anschrift		
Ist das Fahrzeug finanziert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Finanzinstitut / Unternehmen, Anschrift		



UNFALLAUFNAHME

Personendaten Fahrzeugeigentümer / Mandant

Vorname	Nachname	Firma / gesetzl. Vertreter	
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon / Mobil		Telefax	E-Mail
Bankinstitut / Ort	IBAN	BIC	
Führerschein seit	Vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Personendaten Fahrzeughalter (falls abweichend vom Eigentümer)

Vorname	Nachname	Firma / gesetzl. Vertreter	
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon / Mobil		Telefax	E-Mail
Bankinstitut / Ort	IBAN	BIC	
	Vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Personendaten Fahrzeugführer

Vorname	Nachname	Führerschein seit
Straße / Hausnummer		Postleitzahl Ort
Telefon / Mobil		Telefax E-Mail

Angaben zum eigenen Versicherungsschutz

Haftpflichtversicherung	Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer	
Kaskoversicherung	Teilkasko - Selbstbeteiligung	<input type="text"/> €	Vollkasko - Selbstbeteiligung <input type="text"/> €
Rechtsschutzversicherung	Versicherungsgesellschaft	Versicherungsnummer	Selbstbeteiligung <input type="text"/> €



UNFALLAUFNAHME

Angaben zum Unfallgegner

Vorname	Nachname	Firma / gesetzl. Vertreter	
Straße / Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon / Mobil		Telefax	E-Mail

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners

Fahrzeug (Marke, Modell)		Kennzeichen	
Identifikationsnummer	Erstzulassung	Kilometerstand	

Angaben zum Versicherung des Unfallgegners

Versicherungsgesellschaft		Versicherungsnummer	
Straße / Hausnummer	Postleitzahl	Ort	

Angaben zu Sachschäden

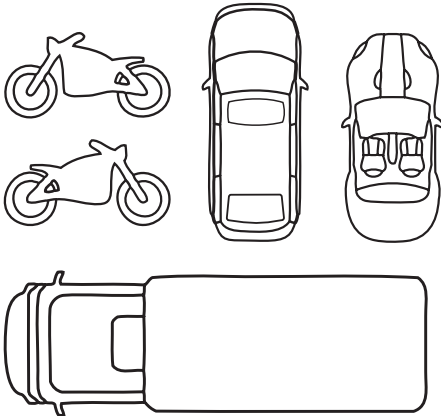
Sichtbare Schäden am eigenen Fahrzeug

Sichtbare Schäden am gegnerischen Fahrzeug



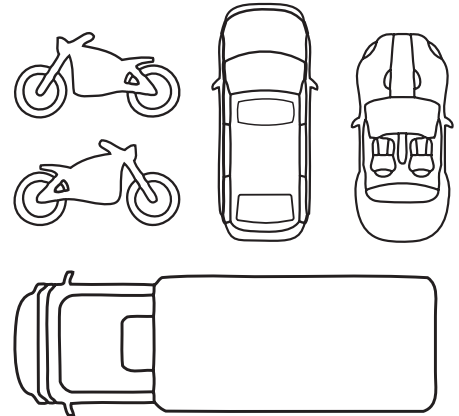
UNFALLAUFNAHME

Eigenes Fahrzeug



Bitte markieren Sie am jeweiligen Fahrzeug die Richtung des Zusammenstoßes mit einem Pfeil sowie die beschädigten Stellen mit einem Kreuz.

Fahrzeug Unfallgegner



Sonstige Sachschäden (z. B. Schilder, Ampelanlagen, Zäune, Gebäude, etc.)

Angaben zu Personenschäden

Person 1 Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Krankenhaus Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Name ambulant behandelner Arzt Kontaktdaten ambulant behandelner Arzt

Unfallbedingter von: **Arbeitsunfähig** von:

Krankenhausaufenthalt bis: bis:

Person 2 Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Krankenhaus Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Name ambulant behandelner Arzt Kontaktdaten ambulant behandelner Arzt

Unfallbedingter von: **Arbeitsunfähig** von:

Krankenhausaufenthalt bis: bis:



UNFALLAUFNAHME

Unfallskizze

Bitte skizzieren Sie die Fahrbahn, Positionen der Fahrzeuge am Unfallort und die Fahrtrichtung.

Ggf. weitere Fotos oder Skizzen bitte gesondert beifügen.

Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden. Die in den Kanzleiräumen ausliegenden und im Internet unter wieseundkollegen.de abrufbaren Informationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort | Datum

Name | Unterschrift

