

# UNFALLBERICHT

Interne Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

<u>Unfallort</u>	<u>Straße</u>	<u>Haus-Nr.</u>	<u>Unfall-Datum</u>	<u>Zeit (0-24)</u>
Polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<u>Name der Polizeidienststelle:</u>		

<b><u>Fahrzeughalter:</u></b>	
Name _____	IBAN _____
Vorname _____	Kreditinstitut _____
Straße _____	Telefon _____
Ort _____	E-Mail _____
Geburtsdatum _____	Vollmacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b><u>Unfallgegner:</u></b>	
Name _____	<b><u>Haftpflichtversicherung</u></b> (falls bekannt)
Vorname _____	_____
Straße _____	_____
Ort _____	
Kennzeichen _____	

Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abtretung Autohaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mietwagenfirma _____	Abtretung Sachverständiger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges _____	
Sachverständiger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____	

<b><u>Unfallschilderung</u></b> (falls nicht aus polizeilichem Unfallbericht ersichtlich)
_____
_____
_____
_____

Bei Ansprüchen wegen **Personenschäden**

Ja

Nein

Name des Verletzten (sofern nicht Halter) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzungen

---

---

---

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte krankgeschrieben  ja (vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

nein

Zeichnung: