



Unfallaufnahmeprotokoll

1. Anspruchsteller (Angaben zur eigenen Person / Fahrzeug)

Name, Vorname: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____ Beruf: _____

Kfz-Kennzeichen: _____ Fahrzeugtyp: _____

Versicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

Haltername und Anschrift (wenn nicht mit dem Fahrer identisch): _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja / nein

Rechtsschutzvers.: _____ Vers.-Nr.: _____

2. Angaben zum Anspruchsgegner (Unfallgegner)

Name, Vorname: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

Kfz-Kennzeichen: _____ Fahrzeugtyp: _____

Versicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

Haltername und Anschrift (wenn nicht mit dem Fahrer identisch): _____

3. Angaben zum Unfall

Unfallort: _____

Unfallzeit: _____ Unfalltag: _____

Unfallschilderung: _____

(Unfallschilderung nebst Skizze ggf. auf einem gesonderten Blatt fortsetzen)

Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?

Dienststelle: _____ Aktenzeichen: _____

4. Weitere Beteiligte

Name, Vorname: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

5. Zeugen

Name, Vorname: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

6. Unfallschäden

a) Sachschäden

Was wurde beschädigt: _____

Eigentümer der Sache: _____

Betriebsvermögen: ja / nein

Vorsteuerabzugsbe-
rechtigung: ja / nein

Beschädigungen: _____

Anschaffungsjahr: _____ Anschaffungspreis: _____

Reparaturkosten: _____ Reparaturdauer: _____

Erfolgte Besichtigung der Sache: ja / nein, ggf. durch wen: _____

derzeitiger Standort: _____

frühere Schäden: _____

b) Kraftfahrzeugschäden

Amtl. Kennzeichen: _____ Fahrzeugtyp: _____

Hersteller: _____ Baujahr: _____

Km-Stand: _____ PS/kW: _____

Vorbesitzer: ja / nein, ggf. wie viele: _____

Angaben zur eigenen Versicherung	Selbstbeteiligung	Vers.-Nr.
Haftpflicht:		
Vollkasko:		
Teilkasko:		

Leasingfahrzeug: ja / nein, ggf. Leasinggesellschaft: _____

Verkehrsrechtsschutzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

c) Personenschäden

Name, Vorname des Verletzten: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Kinder: ja / nein, ggf. wieviele und deren Alter: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig: ja / nein

Mtl. Nettoeinkommen: _____ (Bescheinigungen bitte beifügen)

Arbeitgeber: _____

Unfallunabhängiger Rentenbezug: ja / nein, ggf. in welcher Höhe: _____

Art und Umfang der Verletzung: _____

Krankenhausaufenthalt: ja / nein, ggf. von wann bis wann: _____

Anschrift: _____

Ambulante ärztliche
Behandlung: ja / nein, ggf. an welchen Tagen: _____

Anschrift: _____

Arbeitsunfähigkeit: ja / nein, ggf. von wann bis wann: _____

Von wem bescheinigt: _____

Krankenkasse: _____

Berufsgenossenschaft: _____

Berufs- o. Wegeunfall: ja / nein

Gesetzliche Rentenver-
sicherung: ja / nein, ggf. bei welcher Anstalt: _____

7. Schweigepflichtentbindung

Der Anspruchsteller befreit hiermit gemäß der beigefügten Schweigepflichtsentbindungserklärung sämtliche Ärzte und Mitarbeiter der in der Schweigepflichtsentbindungserklärung genannten Einrichtungen von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung können Sie unter www.poertner-kassebeer.de/ downloaden.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchstellers