

UNFALLAUFNAHMEBOGEN

Herrn Rechtsanwalt Hans-Peter Jungkunz

Saarstrasse 17, 90469 Nürnberg

Telefon + 49 911 22 72 00 Mobil + 49 152 336 32 815

Fax + 49 911 22 72 02 E-Mail: kanzlei@ra-jungkunz.de

1. Mandant/Anspruchsteller:

Name, Vorname:

Anschrift:

Tel./Handy:

E-Mail:

Bankverbindung (zum Zwecke der Überweisung von Regulierungspositionen):

Name der Bank:

IBAN:

2. Halter/Fahrer (wenn abweichend von 1.)

Name, Vorname:

Anschrift:

Tel./Handy:

3. Beschädigtes Fahrzeug:

Marke/Typ:

Kennzeichen:

Versichert bei:

Vollkaskoversicherung: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

Teilkaskoversicherung: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

Vorsteuerabzugsberechtigt: ☐ ja ☐ nein

Leasing/Finanzierungsfahrzeug: ☐ ja ☐ nein

Leasing/Finanzierungsbank:

Vertragsnummer:

4. Unfallgegner/Verursacher:

☐ Fahrer ☐ Halter

Name, Vorname:

Anschrift:

gegnerisches Fahrzeug:

Marke/Typ:

Kennzeichen:

KFZ-Versicherung, wenn bekannt:

5. Unfallhergang:

Unfallort:

Datum, Uhrzeit:

Unfallzeugen (Name, Vorname)

Anschrift:

Aufnehmende Polizeidienststelle:

Polizeilicher Personaliaustausch, sofern vorhanden, bitte übersenden.

Unfallschilderung (kurze Stichpunkte mit Skizze, wenn erforderlich):

- ☐ Unfallverursacher hat mein geparktes Fahrzeug angefahren
- ☐ Auffahrunfall, als ich an der roten Ampel stand
- ☐ Unfallgegner hat meine Vorfahrt missachtet und meinen PKW angefahren
- ☐ Unfallgegner ist beim Spurwechsel mit meinem Fahrzeug kollidiert
- ☐ Ergänzung, bzw. andere Unfallschilderung:

6. Sachschaden Fahrzeugschaden:

☐ Gutachten: ☐ Kostenvoranschlag: ☐ Reparaturrechnung:
Abschleppkosten: ☐ ja ☐ nein Mietfahrzeug: ☐ ja ☐ nein
Sonstige unfallbedingte Schäden:

7. Personenschaden:

Art der Verletzung:

Sind Sie arbeitsunfähig geschrieben?

☐ ja ☐ nein

Für die Zeit vom bis

Name des behandelnden Arztes:

Anschrift:

.....

Datum

.....

Unterschrift