

Unfallbericht

Keine Schuldanerkennung, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung.

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? (auch leicht) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> *
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A u. B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; <i>Insassen von A und B unterstreichen</i>)	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer

(siehe Kfz-Schein/
Grüne Versicherungskarte)

Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ: _____
Amtl. Kennzeichen: _____

8. Versicherer

Vers.-Nr.: _____
Agent: _____
Nr. der Grünen Karte: _____
Versicherungs-
ausweis
oder Grüne Karte gültig bis: _____
Besteht eine Vollkaskoversicherung?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Führerschein-Nr.: _____
Klasse: _____ ausgestellt durch: _____
gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxis usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

<input type="checkbox"/>	1	Fahrzeug parkte (auf der Straße)	1
<input type="checkbox"/>	2	fuhr aus der Parkstelle heraus	2
<input type="checkbox"/>	3	fuhr in eine Parkstelle hinein	3
<input type="checkbox"/>	4	fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus	4
<input type="checkbox"/>	5	fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein	5
<input type="checkbox"/>	6	bog in einen Kreisverkehr ein	6
<input type="checkbox"/>	7	fuhr im Kreisverkehr	7
<input type="checkbox"/>	8	fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	8
<input type="checkbox"/>	9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderer Spur	9
<input type="checkbox"/>	10	wechselte die Spur	10
<input type="checkbox"/>	11	überholte	11
<input type="checkbox"/>	12	bog rechts ab	12
<input type="checkbox"/>	13	bog links ab	13
<input type="checkbox"/>	14	setzte zurück	14
<input type="checkbox"/>	15	fuhr in die Gegenfahrbahn	15
<input type="checkbox"/>	16	kam von rechts	16
<input type="checkbox"/>	17	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	17

Anzahl der angekreuzten Felder

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer

(siehe Kfz-Schein/
Grüne Versicherungskarte)

Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ: _____
Amtl. Kennzeichen: _____

8. Versicherer

Vers.-Nr.: _____
Agent: _____
Nr. der Grünen Karte: _____
Versicherungs-
ausweis
oder Grüne Karte gültig bis: _____
Besteht eine Vollkaskoversicherung?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Führerschein-Nr.: _____
Klasse: _____ ausgestellt durch: _____
gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxis usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.

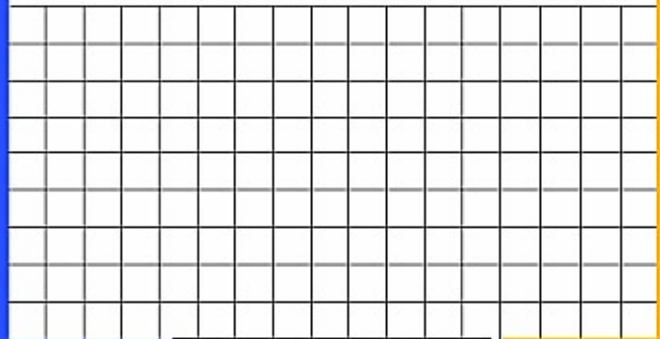


11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1. Straßenführung 2. Richtung der Fahrzeuge A und B (durch Pfeile) 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen



15. Unterschrift beider Fahrer

A _____ B _____