

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

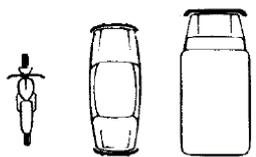
Vers.-Nr.: _____
 Agent: _____
 Nr. der Grünen Karte: _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis: _____
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?
 nein ja

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

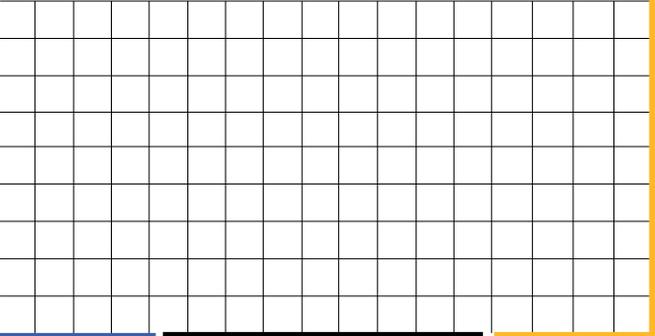


11. Sichtbare Schäden

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

