

Unfallbericht

Kein Schuldanerkenntnis, 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 oder 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 _____

Versicherungsausweis gültig bis _____
oder Grüne Karte

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?

nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name _____

Vorname _____

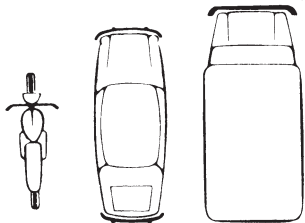
Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse _____ ausgestellt durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

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



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

*Name und Anschrift angeben

12. Umstände

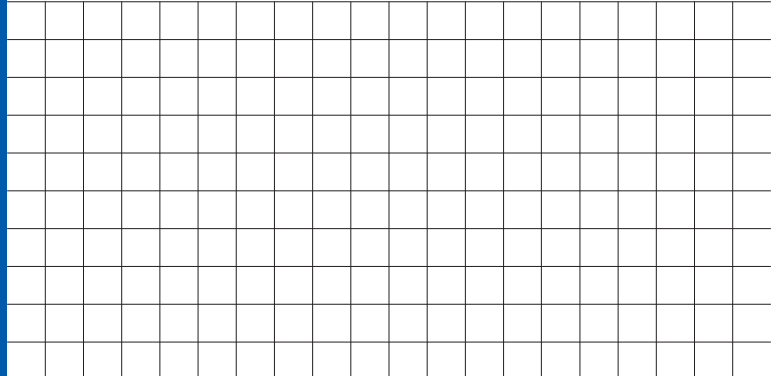
Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich.

- | | | | |
|--------------------------|----|--|----|
| <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 in 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 anderen Spur | 9 |
| <input type="checkbox"/> | 10 | wechselte die Spur | 10 |
| <input type="checkbox"/> | 11 | überholte | 11 |
| <input type="checkbox"/> | 12 | überholte 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

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

A

B

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 _____

Versicherungsausweis gültig bis _____
oder Grüne Karte

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?

nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name _____

Vorname _____

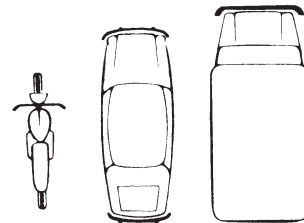
Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse _____ ausgestellt durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

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



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!