

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

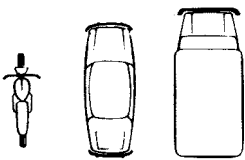
Vers.-Nr: _____
 Agent: _____
 Nr. der Grünen Karte: _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis: _____
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?
 nein ja

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

A

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

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

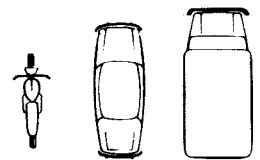
Vers.-Nr: _____
 Agent: _____
 Nr. der Grünen Karte: _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis: _____
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?
 nein ja

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.

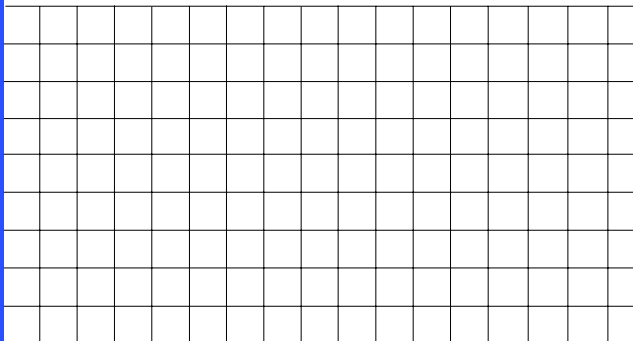


11. Sichtbare Schäden

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

* Name und Anschrift angeben