

Unfallbericht

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

Von beiden Fahrzeugenkern 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

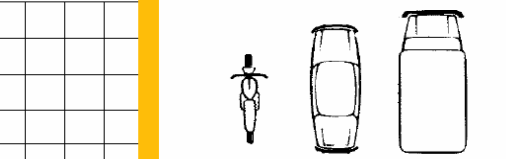
6. Versicherungsnehmer (siehe Kfz-Schein/Grüne Versicherungskarte)
Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

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