

Unfallbericht

Kein Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

| | | |
|--|---|--|
| 1. Tag des Unfalles Uhrzeit | 2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein) | 3. Verletzte? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ¹ |
| 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 unterschreiben</i>) | |

Fahrzeug A

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (privat/dienstlich) _____
 Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
 nein ja

Telefon (privat/dienstlich) _____
 Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
 nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
 Amtl. Kennzeichen _____

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
 Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer/Name der Gesellschaft

8. Versicherer/Name der Gesellschaft

Vers.-Nr.

Vers.-Nr.

Nr. der Grünen Karte
(Für Ausländer)
 „Attestation“ gültig bis _____
 oder Grüne Karte

Nr. der Grünen Karte
(Für Ausländer)
 „Attestation“ gültig bis _____
 oder Grüne Karte

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
 nein ja

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
 nein ja

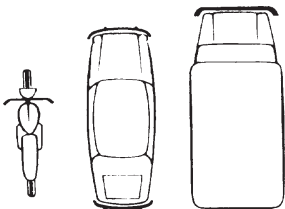
9. Fahrzeuglenker

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 Führerschein-Nr. _____
 Klasse _____ ausgestellt durch _____
 gültig ab² _____ bis² _____

9. Fahrzeuglenker

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 Führerschein-Nr. _____
 Klasse _____ ausgestellt durch _____
 gültig ab² _____ bis² _____

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

↓
A

↓
B

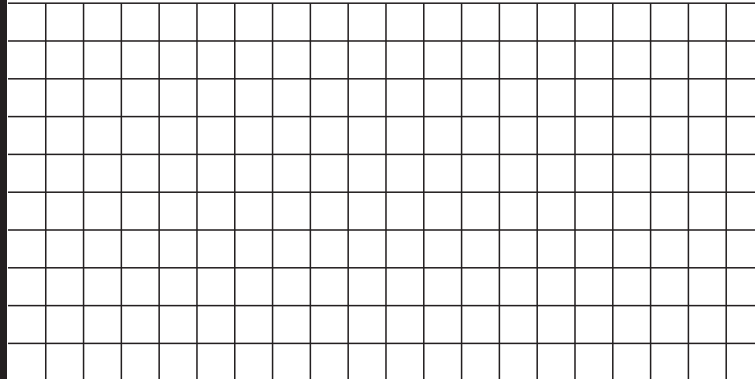
12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

| | | | | |
|--------------------------|----|---|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Fahrzeug war abgestellt | 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 | fuhr an | 2 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 | hielt an | 3 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 | fuhr aus einem Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus | 4 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 | bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein | 5 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6 | bog in einen Kreisverkehr ein | 6 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7 | fuhr im Kreisverkehr | 7 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8 | fuhr auf | 8 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9 | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur | 9 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10 | wechselte die Spur | 10 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11 | überholte | 11 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12 | bog rechts ab | 12 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13 | bog links ab | 13 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14 | fuhr rückwärts | 14 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15 | fuhr in die Gegenfahrbahn | 15 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16 | kam von rechts | 16 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 17 | beachtete Vorfahrtszeichen nicht | 17 | <input type="checkbox"/> |

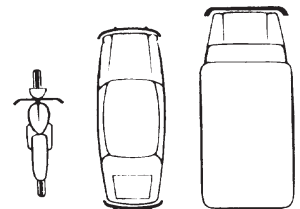
← **Anzahl der angekreuzten Felder** →

13. Unfallskizze

- Bezeichnen Sie:
1. Straßenführung
 2. Richtung der Fahrzeuge A und B
 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes
 4. Verkehrszeichen
 5. Straßennamen



10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

