

Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung

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"/>
----------------------------	---------	--	---

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 unterstreichen</i>)
--	---

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (von 9 - 16 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____

Amtl. Kennzeichen _____

8. Vers. _____

Vers.-Nr. _____

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

“Attestation” oder Grüne Karte gültig bis _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrzeuglenker
Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse _____ ausgestellt durch _____

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

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

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 Grundstück oder Feldweg aus	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	bog in 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. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen

15. Unterschrift der Fahrzeuglenker

A **B**

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (von 9 - 16 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____

Amtl. Kennzeichen _____

8. Vers. _____

Vers.-Nr. _____

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

“Attestation” oder Grüne Karte gültig bis _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrzeuglenker
Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse _____ ausgestellt durch _____

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

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen
