

Unfallbericht

Kein Schuldanerkennnis, 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

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

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

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer / Name der Gesellschaft

Vers. - Nr. _____

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

„Attestation“ oder grüne Karte gültig bis _____

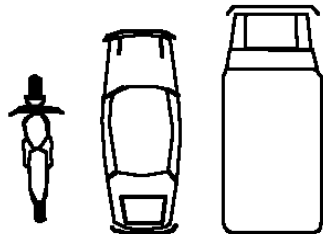
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrzeuglenker

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ ausgestellt durch _____

gültig ab² _____ bis² _____

10. Bezeichnen sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

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

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer / Name der Gesellschaft

Vers. - Nr. _____

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

„Attestation“ oder grüne Karte gültig bis _____

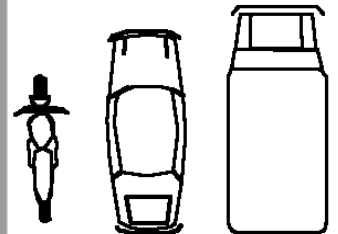
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrzeuglenker

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ ausgestellt durch _____

gültig ab² _____ bis² _____

10. Bezeichnen sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

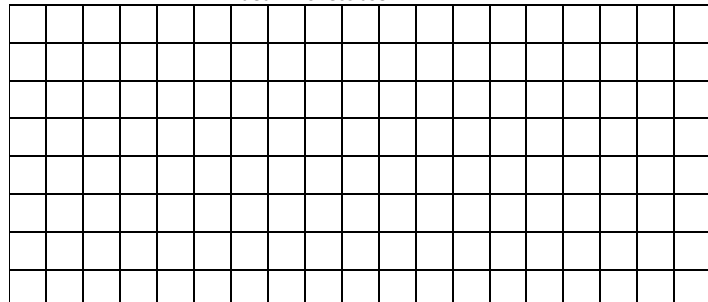
- | | | | |
|-----------------------------|---|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Fahrzeug war abgestellt | 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 | fuhr an | 2 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3 | hielt an | 3 | <input type="checkbox"/>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

Anzahl der angekreuzten Felder

← →

13. Unfallskizze

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



A

1 Name und Anschrift angeben
2 Für Fahrer von Omnibussen, Taxis usw.

B