

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; Insassen von A und B unterstreichen)	

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 gültig bis: _____
oder Grüne Karte
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) | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 fuhr aus der Parkstelle heraus | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 fuhr in eine Parkstelle hinein | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 bog in einen Kreisverkehr ein | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 fuhr im Kreisverkehr | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 9 fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderer Spur | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 wechselte die Spur | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 überholte | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 bog rechts ab | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 bog links ab | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 setzte zurück | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 fuhr in die Gegenfahrbahn | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 kam von rechts | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht | <input type="checkbox"/> 17 |

Anzahl der angekreuzten Felder

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 _____

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 gültig bis: _____
oder Grüne Karte
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