

Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Tag des Unfalls	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 unterschreiben</i>)

Fahrzeug A

6. Versicherungsteilnehmer (Name und Anschrift)

Fahrzeug B

6. Versicherungsteilnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (von 9-16 Uhr) _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

Telefon (von 9-16 Uhr) _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Vers.

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Vers.

Vers.-Nr. [] [] -810- [] [] [] [] [] []

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

„Attestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

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.)

9. Fahrzeuglenker

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Führerschein-Nr. _____


Klasse _____ ausgestellt durch _____

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

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/>	1 Fahrzeug war abgestellt 1
<input type="checkbox"/>	2 fuhr an 2
<input type="checkbox"/>	3 hielt an 3
<input type="checkbox"/>	4 fuhr aus Grundstück oder Feldweg aus 4
<input type="checkbox"/>	5 bog in Grundstück oder Feldweg ein 5
<input type="checkbox"/>	6 bog in der Kreisverkehr ein 6
<input type="checkbox"/>	7 fuhr im Kreisverkehr 7
<input type="checkbox"/>	8 fuhr auf 8
<input type="checkbox"/>	9 fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen 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 fuhr rückwärts 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

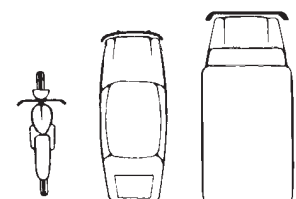
← Anzahl der angekreuzten Felder →

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

13. Unfallskizze

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

14. Bemerkungen

14. Bemerkungen
