

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; <i>Insassen von A und B unterstreichen</i>) _____	

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
oder Grüne Karte gültig bis: _____
Besteht eine Vollkaskoversicherung?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Führerschein-Nr.: _____
Klasse: _____ ausgestellt durch: _____
gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxis usw.)

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

<input type="checkbox"/>	1	Fahrzeug parkte (auf der Straße)	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	fuhr aus der Parkstelle heraus	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	fuhr in eine Parkstelle hinein	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg 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 heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderer 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	setzte zurück	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 ▶

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
oder Grüne Karte gültig bis: _____
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.



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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.



11. Sichtbare Schäden

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

14. Bemerkungen

15. Unterschrift beider Fahrer

A _____ B _____

A B