

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?
 ja nein

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?
 ja nein

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"/>	2 fuhr aus der Parkstelle heraus	2
<input type="checkbox"/>	3 fuhr in eine Parkstelle hinein	3
<input type="checkbox"/>	4 fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus	4
<input type="checkbox"/>	5 fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein	5
<input type="checkbox"/>	6 bog in einen Kreisverkehr ein	6
<input type="checkbox"/>	7 fuhr im Kreisverkehr	7
<input type="checkbox"/>	8 fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	8
<input type="checkbox"/>	9 fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderer 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 setzte zurück	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

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer
(siehe Kfz-Schein/Grüne Versicherungskarte)

Name: _____
 Vorname: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
 ja nein

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?
 ja nein

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

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

14. Bemerkungen

A	B
----------	----------

* Name und Anschrift angeben