

Unfallbericht

Keine Schuldanerkennung, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung

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"/> *
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 unterstreichen</i>)	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

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

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 Grundstück oder Feldweg aus | 4 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 | bog in Grundstück oder Feldweg 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 auf | 8 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9 | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen 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 | fuhr rückwärts | 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"/> |

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

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Vers.

8. Vers.

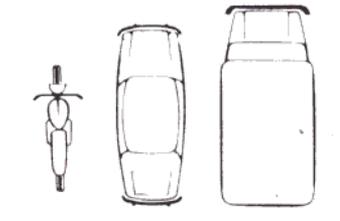
Vers.-Nr. _____
Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)
„Attestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

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.)

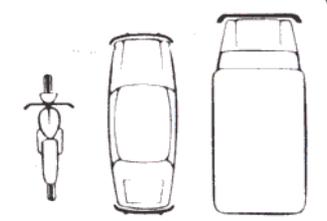
9. Fahrzeuglenker
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ ausgestellt durch _____
gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

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

14. Bemerkungen

15. Unterschrift der Fahrzeuglenker

A _____ B _____

14. Bemerkungen

