

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"/>			

Fahrzeug A	Fahrzeug B
A	B
6. Versicherungsnehmer (siehe Kfz-Schein/ Grüne Versicherungskarte) Name: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	6. Versicherungsnehmer (siehe Kfz-Schein/ Grüne Versicherungskarte) Name: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
7. Fahrzeug Marke, Typ: _____ Amtl. Kennzeichen: _____	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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	8. Versicherer Vers.-Nr.: _____ Agent: _____ Nr. der Grünen Karte: _____ Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis: _____ Besteht eine Vollkaskoversicherung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
9. Fahrer (siehe Führerscheindaten) Name: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ Führerschein-Nr.: _____ Klasse: _____ ausgestellt durch: _____ gültig ab _____ bis _____ (Für Omnibusse, Taxis usw.)	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. 	10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.
11. Sichtbare Schäden _____ _____	11. Sichtbare Schäden _____ _____
14. Bemerkungen _____ _____	14. Bemerkungen _____ _____
A	B

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 →

13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1. Straßenzufluss 2. Richtung der Fahrzeuge A und B (durch Pfeile) 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen

