

Unfallbericht

Kein Schuldanerkennnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung

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"/> ¹
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. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (privat/dienstlich) _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer / Name der Gesellschaft

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 ab² _____ bis² _____

10. Bezeichnen sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

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 Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	bog in 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"/>

Anzahl der angekreuzten Felder ← →

13. Unfallskizze

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

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

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (privat/dienstlich) _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer / Name der Gesellschaft

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 ab² _____ bis² _____

10. Bezeichnen sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

1 Name und Anschrift angeben
2 Für Fahrer von Omnibussen, Taxis usw.