

UNFALLBERICHT

Kein Schuldanerkenntnis, 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 Fahrzeugen A und B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> * | 5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon – <i>Insassen unterstreichen</i>) _____ | | 5a. Behördliche Aufnahme nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift) _____

↓ A

Telefon (von 9–15 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Type _____

Behördl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherer

Polizzenummer _____

Geschäftsstelle _____

Nummer der Grünen Karte _____
bzw. der Grenzversicherung gültig bis _____

Besteht eine Voll- (Kollisions-) Kasko-Versicherung?
nein ja

Kaskoversicherer _____

9. Fahrzeuglenker

Zuname _____

Vorname _____

Anschrift _____

Führerschein-Nr. _____

Gruppe _____ ausgestellt durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift) _____

↓ B

Telefon (von 9–15 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Type _____

Behördl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherer

Polizzenummer _____

Geschäftsstelle _____

Nummer der Grünen Karte _____
bzw. der Grenzversicherung gültig bis _____

Besteht eine Voll- (Kollisions-) Kasko-Versicherung?
nein ja

Kaskoversicherer _____

9. Fahrzeuglenker

Zuname _____

Vorname _____

Anschrift _____

Führerschein-Nr. _____

Gruppe _____ ausgestellt durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

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 | setzte sich in Fahrt | 2 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 | hielt an | 3 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 | fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus | 4 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 | bog in Parkplatz, privates 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"/> |

← Anzahl der angekreuzten Felder →

13. Unfallskizze

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Bei vorbeifahren an angehaltenem Fahrzeug Skizze unbedingt ausfüllen!

15. Unterschrift der Fahrzeuglenker

A _____ B _____

* Name und Anschrift angeben

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!