

Unfallbericht

Keine Schuldanerkennung, 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 (auch Leichtverletzte)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ¹⁾
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		5. Zeugen Name, Anschrift, Telefon (<i>Insassen unterstreichen</i>)	

Fahrzeug A	Fahrzeug B
6. Versicherungsnehmer Name und Adresse (<i>Großbuchstaben</i>)	6. Versicherungsnehmer Name und Adresse (<i>Großbuchstaben</i>)
↓ A	↓ B
Telefon (<i>privat/dienstlich</i>)	Telefon (<i>privat/dienstlich</i>)
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Fahrzeug Marke, Typ	7. Fahrzeug Marke, Typ
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
8. Versicherer Name der Gesellschaft	8. Versicherer Name der Gesellschaft
Vers. Nr. <input type="text"/> Nr. der Grünen Karte (<i>für Ausländer</i>) <input type="text"/>	Vers. Nr. <input type="text"/> Nr. der Grünen Karte (<i>für Ausländer</i>) <input type="text"/>
»Attestation« oder Grüne Karte - gültig bis <input type="text"/>	»Attestation« oder Grüne Karte - gültig bis <input type="text"/>
Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Fahrzeuglenker Name (<i>Großbuchstaben</i>) <input type="text"/> Vorname <input type="text"/>	9. Fahrzeuglenker Name (<i>Großbuchstaben</i>) <input type="text"/> Vorname <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>	Adresse <input type="text"/>
Führerschein-Nr. <input type="text"/> Klasse <input type="text"/>	Führerschein-Nr. <input type="text"/> Klasse <input type="text"/>
ausgestellt durch <input type="text"/>	ausgestellt durch <input type="text"/>
gültig ab ²⁾ <input type="text"/> bis ²⁾ <input type="text"/>	gültig ab ²⁾ <input type="text"/> bis ²⁾ <input type="text"/>
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓	10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓
11. Sichtbare Schäden	11. Sichtbare Schäden
14. Bemerkungen	14. Bemerkungen
12. Bitte Zutreffendes ankreuzen	12. Bitte Zutreffendes ankreuzen
<input type="checkbox"/> 1 Fahrzeug war abgestellt	<input type="checkbox"/> 1 Fahrzeug war abgestellt
<input type="checkbox"/> 2 fuhr an	<input type="checkbox"/> 2 fuhr an
<input type="checkbox"/> 3 hielt an	<input type="checkbox"/> 3 hielt an
<input type="checkbox"/> 4 fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus	<input type="checkbox"/> 4 fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus
<input type="checkbox"/> 5 bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein	<input type="checkbox"/> 5 bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein
<input type="checkbox"/> 6 bog in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 6 bog in einen Kreisverkehr ein
<input type="checkbox"/> 7 fuhr im Kreisverkehr	<input type="checkbox"/> 7 fuhr im Kreisverkehr
<input type="checkbox"/> 8 fuhr auf	<input type="checkbox"/> 8 fuhr auf
<input type="checkbox"/> 9 fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	<input type="checkbox"/> 9 fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur
<input type="checkbox"/> 10 wechselte die Spur	<input type="checkbox"/> 10 wechselte die Spur
<input type="checkbox"/> 11 überholte	<input type="checkbox"/> 11 überholte
<input type="checkbox"/> 12 bog rechts ab	<input type="checkbox"/> 12 bog rechts ab
<input type="checkbox"/> 13 bog links ab	<input type="checkbox"/> 13 bog links ab
<input type="checkbox"/> 14 fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/> 14 fuhr rückwärts
<input type="checkbox"/> 15 fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/> 15 fuhr in die Gegenfahrbahn
<input type="checkbox"/> 16 kam von rechts	<input type="checkbox"/> 16 kam von rechts
<input type="checkbox"/> 17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht	<input type="checkbox"/> 17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht
<input type="checkbox"/> Anzahl der angekreuzten Felder	<input type="checkbox"/> Anzahl der angekreuzten Felder
13. Unfallskizze	13. Unfallskizze
Geben Sie genau an: 1. Straßenführung 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Verkehrszeichen 5. Straßennamen	Geben Sie genau an: 1. Straßenführung 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Verkehrszeichen 5. Straßennamen
15. Unterschrift der Fahrzeuglenker	15. Unterschrift der Fahrzeuglenker
A Datum, Ort <input type="text"/> Unterschrift <input type="text"/>	B Datum, Ort <input type="text"/> Unterschrift <input type="text"/>

¹⁾ Name und Anschrift angeben

²⁾ Für Fahrer von Omnibussen, Taxis usw.