

UNFALLBERICHT

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen!

Dies ist kein Schuldenerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung.

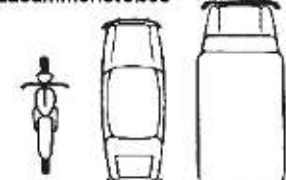
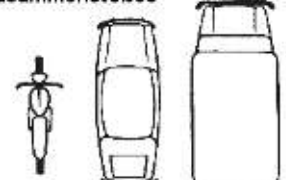
1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort Straße, Hausnummer bzw. Kilometerstein	3. Verletzte (auch Leichtverletzte)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ¹⁾
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		5. Zeugen Name, Anschrift, Telefon (<i>Inssassen unterstreichen</i>)	

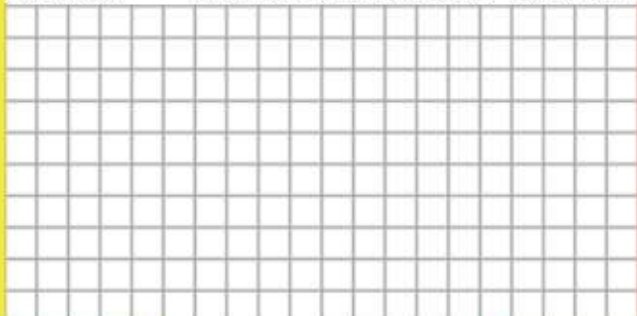
Fahrzeug A	Fahrzeug B
-------------------	-------------------

6. Versicherungsnehmer Name, Anschrift (Großbuchstaben) _____ _____ _____ Telefon (<i>privatdienstlich</i>) _____ Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	6. Versicherungsnehmer Name, Anschrift (Großbuchstaben) _____ _____ _____ Telefon (<i>privatdienstlich</i>) _____ Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

7. Fahrzeug Marke, Typ _____ Amtliches Kennzeichen _____ 8. Versicherer Name der Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____ (Nr. der Grünen Karte (für Ausländer) _____ Attestation oder Grüne Karte - gültig bis _____ Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	12. Bitte Zutreffendes ankreuzen Fahrzeug 1 <input type="checkbox"/> war abgestellt 2 <input type="checkbox"/> fuhr an 3 <input type="checkbox"/> hielt an 4 <input type="checkbox"/> fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus 5 <input type="checkbox"/> bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein 6 <input type="checkbox"/> bog in einen Kreisverkehr ein 7 <input type="checkbox"/> fuhr im Kreisverkehr 8 <input type="checkbox"/> fuhr auf 9 <input type="checkbox"/> fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur 10 <input type="checkbox"/> wechselte die Spur 11 <input type="checkbox"/> überholte 12 <input type="checkbox"/> bog recht ab 13 <input type="checkbox"/> bog links ab 14 <input type="checkbox"/> fuhr rückwärts 15 <input type="checkbox"/> fuhr in die Gegenfahrbahn 16 <input type="checkbox"/> kam von rechts 17 <input type="checkbox"/> beachtete Vorfahrtszeichen nicht Anzahl der angekreuzten Felder: _____	7. Fahrzeug Marke, Typ _____ Amtliches Kennzeichen _____ 8. Versicherer Name der Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____ (Nr. der Grünen Karte (für Ausländer) _____ Attestation oder Grüne Karte - gültig bis _____ Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	--	---

9. Fahrzeuglenker Name (Großbuchstaben) _____ Vorname _____ Adresse _____ Führerschein-Nr. _____ Klasse _____ ausgestellt durch _____ gültig ab ²⁾ _____ bis ²⁾ _____	9. Fahrzeuglenker Name (Großbuchstaben) _____ Vorname _____ Adresse _____ Führerschein-Nr. _____ Klasse _____ ausgestellt durch _____ gültig ab ²⁾ _____ bis ²⁾ _____
---	---

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes 	10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes 
---	---

11. Sichtbare Schäden _____ _____	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 	11. Sichtbare Schäden _____ _____
--	--	--

14. Bemerkungen _____ _____	15. Unterschrift der Fahrzeuglenker _____	14. Bemerkungen _____ _____
--	---	--

¹⁾Name und Anschrift angeben

²⁾Für Fahrer von Omnibussen, Taxis usw.