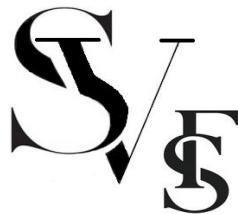


Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des

Unfallhergangs zur schnelleren Schadenregulierung.



1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? (auch leicht)
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja *	
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A u. B		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; Insassen von A und B unterstreichen)	
Fahrzeug A		Fahrzeug B	

6. Versicherungsnehmer (siehe Kfz-Schein/ Grüne Versicherungskarte)

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ: _____

Amtl. Kennzeichen: _____

8. Versicherer

Vers.-Nr: _____

Agent: _____

Nr. der Grünen Karte: _____

Versicherungsausweis oder Grüne Karte | gültig bis: _____

Besteht eine Vollkaskoversicherung?

nein ja

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.



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Fahrzeug parkte (auf der Straße) | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 fuhr aus der Parkstelle heraus | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 fuhr in eine Parkstelle hinein | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 bog in einen Kreisverkehr ein | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 fuhr im Kreisverkehr | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bld. Fahrt in dieselbe Richtung und auf denselben Fahrspur | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 9 fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 wechselte die Spur | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 überholte | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 bog rechts ab | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 bog links ab | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 setzte zurück | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 fuhr in die Gegenfahrbahn | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 kam von rechts | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht | <input type="checkbox"/> 17 |

Anzahl der angekreuzten Felder

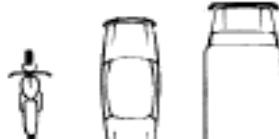
Bezeichnen Sie: 1. Straßentführung 2. Richtung der Fahrzeuge A und B (durch Pfeile)
3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen

15. Unterschrift beider Fahrer

A

B

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen