

## Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung.

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

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

### Fahrzeug A

#### 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: \_\_\_\_\_  
 Versicherungs-  
 ausweis 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)   | 1  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2  | fuhr aus der Parkstelle heraus   | 2  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3  | fuhr in eine Parkstelle hinein   | 3  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4  | fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus                     | 4  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5  | fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg / Privatweg 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 heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur | 8  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9  | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderer 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 | setzte zurück  | 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 (durch Pfeile)  
 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen



### 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: \_\_\_\_\_  
 Versicherungs-  
 ausweis 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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_