

# Unfallbericht

Keine Schuldanerkennung, 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. Andere Sachschäden</b> 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

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

◀ Anzahl der angekreuzten Felder ▶

## 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

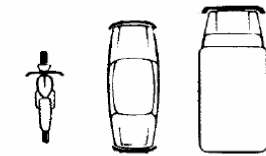
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Agent: \_\_\_\_\_  
 Nr. der Grünen Karte: \_\_\_\_\_  
 Versicherungs- ausweis  
 oder Grüne Karte gültig bis: \_\_\_\_\_  
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?  
 nein  ja

### 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

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

### 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


### 15. Unterschrift beider Fahrer

**A** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**B** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

