

# 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: \_\_\_\_\_  
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)   | 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 →

## 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

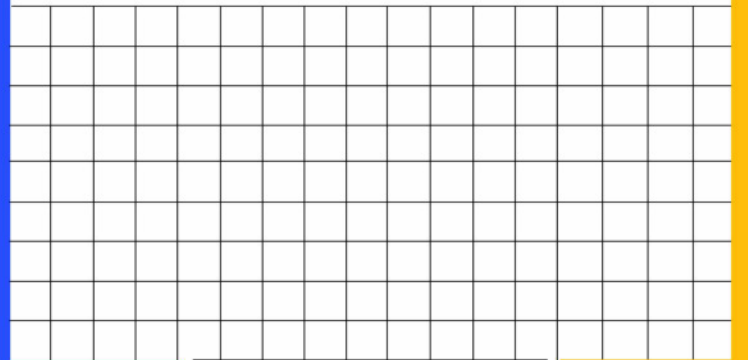
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 14. Bemerkungen

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

## 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 \_\_\_\_\_