

Unfallbericht

Kein Schuldanerkennnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung.

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen!

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort Straße, Haus-Nr. 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 (Insassen unterstreichen)	

Fahrzeug A	Fahrzeug B
6. Versicherungsnehmer Name und Adresse	6. Versicherungsnehmer Name und Adresse
7. Fahrzeug Marke, Typ	7. Fahrzeug Marke, Typ
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
8. Versicherer Name der Gesellschaft	8. Versicherer Name der Gesellschaft
Vers. Nr. Nr. der Grünen Karte (für Ausländer)	Vers. Nr. Nr. der Grünen Karte (für Ausländer)
»Attestation« oder Grüne Karte - gültig bis	»Attestation« oder Grüne Karte - gültig bis
9. Fahrzeuglenker Name Vorname	9. Fahrzeuglenker Name Vorname
Adresse	Adresse
Führerschein-Nr. Klasse	Führerschein-Nr. Klasse
ausgestellt durch	ausgestellt durch
gültig ab ²⁾ bis ²⁾	gültig ab ²⁾ bis ²⁾

A	B
12. Bitte Zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> << Anzahl der angekreuzten Felder >>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> >>
Fahrzeug war abgestellt fuhr an hielt an fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein bog in einen Kreisverkehr ein fuhr im Kreisverkehr fuhr auf fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur wechselte die Spur überholte bog rechts ab bog links ab fuhr rückwärts fuhr in die Gegenfahrbahn kam von rechts beachtete Vorfahrtszeichen nicht	Fahrzeug war abgestellt fuhr an hielt an fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein bog in einen Kreisverkehr ein fuhr im Kreisverkehr fuhr auf fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur wechselte die Spur überholte bog rechts ab bog links ab fuhr rückwärts fuhr in die Gegenfahrbahn kam von rechts beachtete Vorfahrtszeichen nicht

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

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

14. Bemerkungen	14. Bemerkungen
_____ _____ _____	_____ _____ _____

A	B
---	---

¹⁾ Name und Anschrift angeben ²⁾ Für Fahrer von Omnibussen, Taxis usw.