

Unfallbericht

Keine Schuldanerkennung, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung.

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen!

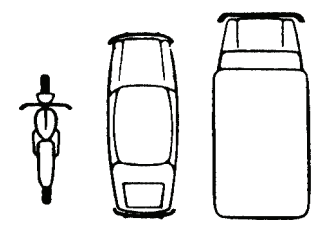
| | | | |
|---|---------|--|--|
| 1. Tag des Unfalles | Uhrzeit | 2. Ort Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein | 3. Verletzte (auch Leichtverletzte)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ¹⁾ |
| 4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> nein <input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

| | |
|---|---|
| Fahrzeug A | Fahrzeug B |
| 6. Versicherungsnehmer Name und Adresse (<i>Großbuchstaben</i>) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | 6. Versicherungsnehmer Name und Adresse (<i>Großbuchstaben</i>) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

| | |
|---|---|
| Telefon (<i>privat/dienstlich</i>) <hr/> Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Telefon (<i>privat/dienstlich</i>) <hr/> Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|---|--------------------------|--------------------------|---|----------|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|----------|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|----|--------------------|----|--------------------------|--------------------------|----|-----------|----|--------------------------|--------------------------|----|---------------|----|--------------------------|--------------------------|----|--------------|----|--------------------------|--------------------------|----|----------------|----|--------------------------|--------------------------|----|---------------------------|----|--------------------------|--------------------------|----|----------------|----|--------------------------|--------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------|--|
| 7. Fahrzeug Marke, Typ <hr/> Amtliches Kennzeichen <hr/> | 12. Bitte Zutreffendes ankreuzen Fahrzeug <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>war abgestellt</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>fuhr an</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>hielt an</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>bog in einen Kreisverkehr ein</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>fuhr im Kreisverkehr</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>fuhr auf</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>wechselte die Spur</td><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>überholte</td><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>bog rechts ab</td><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>bog links ab</td><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>fuhr rückwärts</td><td>14</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>fuhr in die Gegenfahrbahn</td><td>15</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>kam von rechts</td><td>16</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>beachtete Vorfahrtszeichen nicht</td><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | 1 | war abgestellt | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | fuhr an | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | hielt an | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 | fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg 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 auf | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen 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 | fuhr rückwärts | 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"/> | 7. Fahrzeug Marke, Typ <hr/> Amtliches Kennzeichen <hr/> |
| <input type="checkbox"/> | 1 | war abgestellt | 1 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 2 | fuhr an | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 3 | hielt an | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 4 | fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus | 4 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 5 | bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg 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 auf | 8 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 9 | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen 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 | fuhr rückwärts | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 8. Versicherer Name der Gesellschaft <hr/> Vers. Nr. Nr. der Grünen Karte (<i>für Ausländer</i>) <hr/> »Attestation« oder Grüne Karte – gültig bis <hr/> Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | 12. Bitte Zutreffendes ankreuzen Anzahl der angekreuzten Felder | 8. Versicherer Name der Gesellschaft <hr/> Vers. Nr. Nr. der Grünen Karte (<i>für Ausländer</i>) <hr/> »Attestation« oder Grüne Karte – gültig bis <hr/> Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
|---|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| 9. Fahrzeuglenker Name (<i>Großbuchstaben</i>) Vorname <hr/> Adresse <hr/> Führerschein-Nr. Klasse <hr/> ausgestellt durch <hr/> gültig ab ²⁾ bis²⁾ | 13. Unfallskizze Geben Sie genau an: 1. Straßenführung 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Verkehrszeichen 5. Straßennamen <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 5px;"></div> | 10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> |
|--|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| 11. Sichtbare Schäden <hr/> <hr/> <hr/> | 15. Unterschrift der Fahrzeuglenker <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">A</div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">B</div> </div> | 10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> |
|---|--|--|