


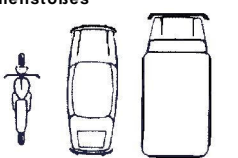
UNFALLBERICHT

Kein Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> *
4. Andere Sachschäden als an A und B Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> *	5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon – Insassen unterstreichen)		5a. Behördliche Aufnahme Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> *

Fahrzeug A	
6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)	
Telefon (von 9-15Uhr)	12. Bitte Zutreffendes ankreuzen <input type="checkbox"/> Fahrzeug war abgestellt <input type="checkbox"/> Setzte sich in Fahrt <input type="checkbox"/> Hielt an <input type="checkbox"/> Fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg <input type="checkbox"/> Fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg, <input type="checkbox"/> Bog in einen Kreisverkehr ein <input type="checkbox"/> Fuhr im Kreisverkehr <input type="checkbox"/> Fuhr auf <input type="checkbox"/> Fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur <input type="checkbox"/> Wechselte die Spur <input type="checkbox"/> Überholte <input type="checkbox"/> Bog rechts ab <input type="checkbox"/> Bog links ab <input type="checkbox"/> Fuhr rückwärts <input type="checkbox"/> Fuhr in die Gegenfahrbahn <input type="checkbox"/> Kam von rechts <input type="checkbox"/> Beachtete Vorfahrtszeichen nicht Anzahl der angekreuzten Felder ← →
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
7. Fahrzeugtype Marke, Type	
Behörd. Kennzeichen	
8. Haftpflichtversicherer	
Polizzenummer	
Geschäftsstelle	
Nummer d. Gr. Karte	
Gültig bis	
Besteht eine Kollisionskasko Versicherung Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Kaskoversicherer	
9. Fahrzeuglenker	
Zunamen	
Vornamen	
Anschrift	
Führerscheinnr.	
Gruppe	
ausgestellt durch	
Gültig ab bis	
(Für Omibusse, Taxi usw.)	
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes	
	
11. Sichtbare Schäden	
14. Bemerkungen	

Fahrzeug B	
6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)	
Telefon (von 9-15Uhr)	13. Unfallskizze (Für Omibusse, Taxi usw.) 10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes 
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
7. Fahrzeugtype Marke, Type	
Behörd. Kennzeichen	
8. Haftpflichtversicherer	
Polizzenummer	
Geschäftsstelle	
Nummer d. Gr. Karte	
Gültig bis	
Besteht eine Kollisionskasko Versicherung Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Kaskoversicherer	
9. Fahrzeuglenker	
Zunamen	
Vornamen	
Anschrift	
Führerscheinnr.	
Gruppe	
ausgestellt durch	
Gültig ab bis	
(Für Omibusse, Taxi usw.)	
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes	
11. Sichtbare Schäden	
15. Unterschrift der Fahrzeuglenker	
14. Bemerkungen	