

Unfallbericht

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

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? (auch leicht) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> *
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A u. B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (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.)

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

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

Anzahl der angekreuzten Felder

Fahrzeug B

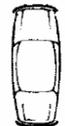
6. Versicherungsnehmer (siehe Kfz-Schein/Grüne Versicherungskarte)
Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ: _____
Amtl. Kennzeichen: _____

8. Versicherer
Vers.-Nr.: _____
Agent: _____
Nr. der Grünen Karte: _____
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.


Rufen Sie uns an, wir beraten Sie direkt am Unfallort:

0172 3520111

APT

KFZ-SACHVERSTÄNDIGE

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.





11. Sichtbare Schäden

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Unterschrift beider Fahrer

A _____
B _____

14. Bemerkungen

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

