Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, 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 ☐ ja ☐
4. Andere Schäden als an den Fahrzeugen A und B nein ☐ ja ☐		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; *Insassen von A und B unterstreichen*)	

* Name und Anschrift angeben

FAHRZEUG A

5. 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 ☐

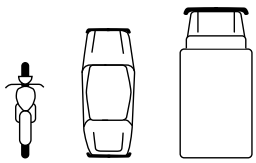
9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name:
Vorname:
Adresse:

Führerschein-Nr.:
Klasse: ausgestellt durch:

gültig ab: bis:
(Für Omibusse, Taxis usw.)

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



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

Fahrzeug A A

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

A			B
☐	1	Fahrzeug parkte (auf der Straße)	☐
☐	2	Fuhr aus der Parkstelle heraus	☐
☐	3	Fuhr in eine Parkstelle hinein	☐
☐	4	Fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus	☐
☐	5	Fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein	☐
☐	6	Bog in einen Kreisverkehr ein	☐
☐	7	Fuhr im Kreisverkehr	☐
☐	8	Fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	☐
☐	9	Fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderer Fahrspur	☐
☐	10	Wechselte die Spur	☐
☐	11	Überholte	☐
☐	12	Bog rechts ab	☐
☐	13	Bog links ab	☐
☐	14	Setzte zurück	☐
☐	15	Fuhr in die Gegenfahrbahn	☐
☐	16	Kam von rechts	☐
☐	17	Beachtete Vorfahrtszeichen nicht	☐
☐		Anzahl der angekreuzten Felder	☐

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

FAHRZEUG B

5. 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 ☐

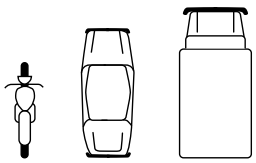
9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name:
Vorname:
Adresse:

Führerschein-Nr.:
Klasse: ausgestellt durch:

gültig ab: bis:
(Für Omibusse, Taxis usw.)

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



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

B Fahrzeug B

Tel.: 02631 - 952 17 00
Mobil: 0171 - 270 11 01

SVEN ZIMMERMANN
KFZ-SACHVERSTÄNDIGENBÜRO

FORMULAR SENDEN