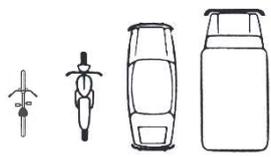
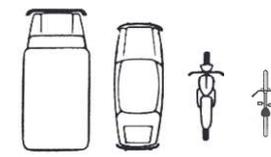


UNFALLBERICHT

Kein Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des gemeinsam wahrgenommenen Unfallhergangs zur schnelleren Schadensregulierung

1. Datum des Unfalls	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr., Kilometerstein)	3. Verletzte (auch leicht) Ja <input type="checkbox"/> ¹ nein <input type="checkbox"/>
4. andere Sachschäden als an den beiden Fahrzeugen A und B Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; Fahrzeuginsassen unterstreichen)	

Fahrzeug A	12. Umstände	Fahrzeug B
A	B	B
6. Versicherungsnehmer (aus Kfz-Schein, grüner Versicherungskarte) Name: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bitte ankreuzen, soweit sachdienlich	6. Versicherungsnehmer (aus Kfz-Schein, grüner Versicherungskarte) Name: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Fahrzeug Marke, Typ: _____ Amtl. Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> 1 Fahrzeug parkte (auf Straße) 1 <input type="checkbox"/> 2 fuhr aus der Parkstelle heraus 2 <input type="checkbox"/> 3 Fuhr in eine Parkstelle hinein 3 <input type="checkbox"/> 4 fuhr aus einem Parkplatz, Grundstück oder Feld-/Privatweg heraus 4 <input type="checkbox"/> 5 fuhr in einen Parkplatz bog in ein Grundstück oder einen Feld-/Privatweg ein 5 <input type="checkbox"/> 6 bog in einen Kreisverkehr ein 6 <input type="checkbox"/> 7 fuhr im Kreisverkehr 7 <input type="checkbox"/> 8 fuhr heckseitig auf 8 <input type="checkbox"/> 9 bei Fahrt in selbe Richtung auf selber Fahrspur 9 <input type="checkbox"/> 10 auf anderer Fahrspur 10 <input type="checkbox"/> 11 auf anderer Fahrspur 11 <input type="checkbox"/> 12 wechselte die Fahrspur 12 <input type="checkbox"/> 13 überholte 13 <input type="checkbox"/> 14 bog rechts ab 14 <input type="checkbox"/> 15 bog links ab 15 <input type="checkbox"/> 16 setze zurück 16 <input type="checkbox"/> 17 fuhr in die Gegenfahrbahn 17 <input type="checkbox"/> 18 kam von rechts 18 <input type="checkbox"/> 19 beachtete Vorfahrtszeichen nicht 19	7. Fahrzeug Marke, Typ: _____ Amtl. Kennzeichen: _____
8. Versicherer Name: _____ Vers.-Nr.: _____ Nr. der grünen Karte: _____ Agent: _____ Besteht eine Vollkaskoversicherung? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anzahl der angekreuzten Felder	8. Versicherer Name: _____ Vers.-Nr.: _____ Nr. der grünen Karte: _____ Agent: _____ Besteht eine Vollkaskoversicherung? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Fahrer (aus Führerscheindaten) Name: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____ Führerschein-Nr.: _____ Klassen: _____ Ausgestellt durch: _____ Ausgestellt am: _____		9. Fahrer (aus Führerscheindaten) Name: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____ Führerschein-Nr.: _____ Klassen: _____ Ausgestellt durch: _____ Ausgestellt am: _____

A	B
10. Punkt Erstanstoss 	10. Punkt Erstanstoss 
11. sichtbare Schäden _____ _____ _____	11. sichtbare Schäden _____ _____ _____
14. Bemerkungen _____ _____	14. Bemerkungen _____ _____
13 Unfallskizze	
15 Unterschrift beider Fahrer	
A _____	B _____

¹ Bei Verletzten Name und Anschrift angeben (ggf. auf der Rückseite)