

Dies ist ein Service von:

© 2004 by UWE BRANDAUER VERSICHERUNGSMAKLER, ALLE RECHTE VORBEHALTEN. Rechtshinweis: Dieses Formular wurde sorgfältig verfasst, recherchiert und gestaltet. Wir übernehmen jedoch ausdrücklich - KEINE HAFTUNG - sowohl für den Inhalt als auch für die Richtigkeit der Aussagen, Bilder etc..

# Unfallbericht

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

Von beiden Fahrzeugenkern auszufüllen!

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

<b>Fahrzeug A</b>	<b>Fahrzeug B</b>
-------------------	-------------------

<b>6. Versicherungsnehmer</b> Name und Adresse ( <i>Großbuchstaben</i> ) _____ _____ _____ Telefon ( <i>privat/dienstlich</i> ) _____	<div style="border-left: 2px solid red; border-right: 2px solid red; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <b>A</b>	<div style="border-left: 2px solid blue; border-right: 2px solid blue; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <b>B</b>	<b>6. Versicherungsnehmer</b> Name und Adresse ( <i>Großbuchstaben</i> ) _____ _____ _____ Telefon ( <i>privat/dienstlich</i> ) _____
---	--	--	---

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

<b>7. Fahrzeug</b> Marke, Typ _____ Amtliches Kennzeichen _____	<b>7. Fahrzeug</b> Marke, Typ _____ Amtliches Kennzeichen _____
---	---

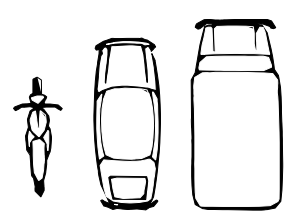
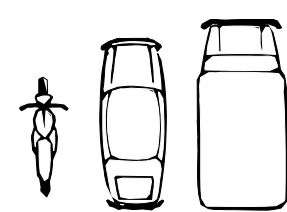
<b>8. Versicherer</b> Name der Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____ Nr. der Grünen Karte ( <i>Ausland</i> ) _____ Attestation oder Grüne Karte - gültig bis _____	<b>8. Versicherer</b> Name der Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____ Attestation oder Grüne Karte - gültig bis _____
---	--

Besteht eine Vollkasko-Versicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht eine Vollkasko-Versicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

<b>9. Fahrzeuglenker</b> Name ( <i>Großbuchstaben</i> ) _____ Vorname _____ Adresse _____ Führerschein-Nr. _____ Klasse _____ ausgestellt durch _____ gültig ab/bis: _____	<b>9. Fahrzeuglenker</b> Name ( <i>Großbuchstaben</i> ) _____ Vorname _____ Adresse _____ Führerschein-Nr. _____ Klasse _____ ausgestellt durch _____ gültig ab/bis: _____
--	--

**12. Bitte Zutreffendes ankreuzen**

	Fahrzeug		Fahrzeug
<input type="checkbox"/>	1. war abgestellt	<input type="checkbox"/>	1. war abgestellt
<input type="checkbox"/>	2. fuhr an	<input type="checkbox"/>	2. fuhr an
<input type="checkbox"/>	3. hielt an	<input type="checkbox"/>	3. hielt an
<input type="checkbox"/>	4. fuhr aus Grundstück oder Feldweg aus	<input type="checkbox"/>	4. fuhr aus Grundstück oder Feldweg aus
<input type="checkbox"/>	5. bog in Grundstück oder Feldweg ein	<input type="checkbox"/>	5. bog in Grundstück oder Feldweg ein
<input type="checkbox"/>	6. bog in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/>	6. bog in einen Kreisverkehr ein
<input type="checkbox"/>	7. fuhr im Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>	7. fuhr im Kreisverkehr
<input type="checkbox"/>	8. fuhr auf	<input type="checkbox"/>	8. fuhr auf
<input type="checkbox"/>	9. fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	<input type="checkbox"/>	9. fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur
<input type="checkbox"/>	10. wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>	10. wechselte die Spur
<input type="checkbox"/>	11. überholte	<input type="checkbox"/>	11. überholte
<input type="checkbox"/>	12. bog rechts ab	<input type="checkbox"/>	12. bog rechts ab
<input type="checkbox"/>	13. bog links ab	<input type="checkbox"/>	13. bog links ab
<input type="checkbox"/>	14. fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>	14. fuhr rückwärts
<input type="checkbox"/>	15. fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>	15. fuhr in die Gegenfahrbahn
<input type="checkbox"/>	16. kam von rechts	<input type="checkbox"/>	16. kam von rechts
<input type="checkbox"/>	17. beachtete Vorfahrtszeichen nicht	<input type="checkbox"/>	17. beachtete Vorfahrtszeichen nicht
<input type="checkbox"/> Anzahl der angekreuzten Felder			

<b>10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes</b> 	<b>10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes</b> 
---	---

<b>11. Sichtbare Schäden</b> _____ _____ _____	<b>11. Sichtbare Schäden</b> _____ _____ _____
---	---

**13. Unfallskizze**

Bezeichnen Sie:

1. Straßen	2. Richtung der Fahrzeuge A und B	3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes	4. Straßenschilder
5. Straßennamen			


<b>14. Bemerkungen</b> _____ _____ _____	<div style="border-left: 2px solid red; border-right: 2px solid red; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <b>A</b>	<div style="border-left: 2px solid blue; border-right: 2px solid blue; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <b>B</b>	<b>14. Bemerkungen</b> _____ _____ _____
---	--	--	---