

# Unfallbericht

## Schnelle Unfallhilfe:

- ✓ unabhängiger Kfz-Gutachter
- ✓ auch am Wochenende im Einsatz
- ✓ Vor-Ort Service (Unfallort, Arbeitsplatz, ect.)

**24-Stunden Notfallnr.!** Tel: 06202 9571888  
 Mobil: 0176-68487673

<b>1. Tag des Unfalls</b>	Uhrzeit	<b>2. Ort</b> (Stadtteil, Gemeinde, Straße, Haus-Nr.)	<b>3. Verletzte?</b> (auch leicht) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>4. Andere Sachschäden</b> als an dem Fahrzeug A u. B. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>5. Zeugen</b> (Name, Anschrift, Telefon)	

### Fahrzeug A

#### 6. Versicherungsnehmer

(s. Kfz-Schein / Grüne Versicherungskarte)

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Anschrift: .....  
 Telefon: .....

#### 7. Fahrzeug

Marke, Typ: .....  
 Amtl. Kennzeichen: .....

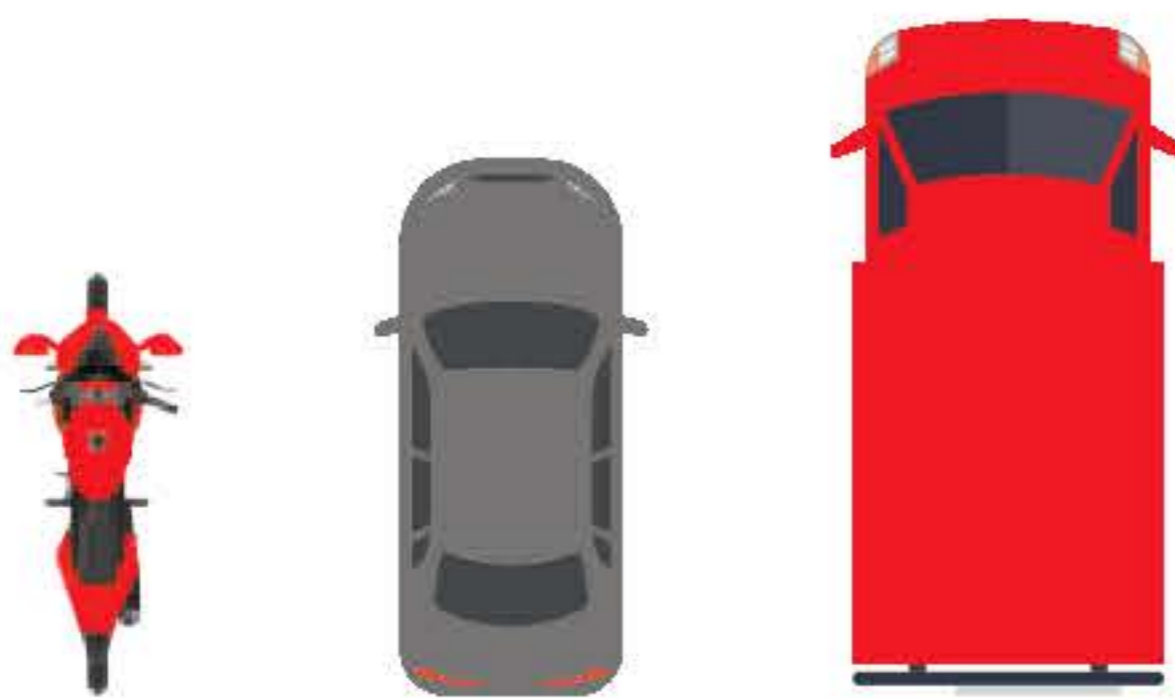
#### 8. Versicherer

Vers.-Nr.: .....  
 Agent: .....  
 Nr. d. Grünen Karte: .....  
 Versicherungsausweis oder Grüne Karte | gültig bis: .....  
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?  
 ja  nein

#### 9. Fahrer (s. Führerscheindaten)

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Adresse: .....  
 Führerschein-Nr.: .....  
 Klasse ..... ausgestellt durch: .....  
 gültig ab ..... gültig bis .....

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



#### 11. Sichtbare Schäden

.....  
 .....

#### 14. Bemerkungen

.....  
 .....

### 12. Umstände

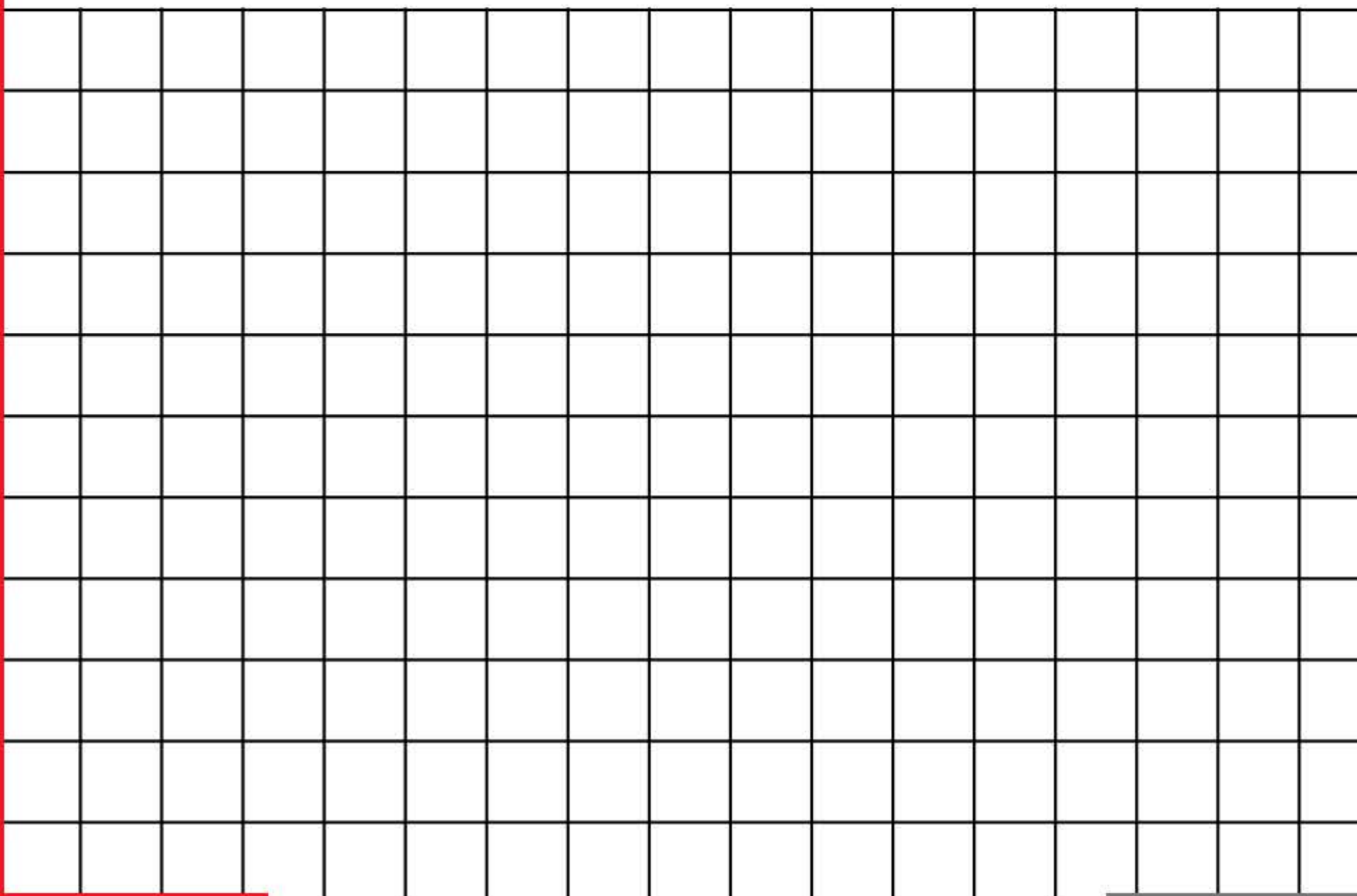
Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich.

- |                             |  |    |
|-----------------------------|--|----|
| <input type="checkbox"/> 1  | Fahrzeug parkte (auf der 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, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus                     | 4  |
| <input type="checkbox"/> 5  | fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/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 ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur | 8  |
| <input type="checkbox"/> 9  | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer andere Spur   | 9  |
| <input type="checkbox"/> 10 | wechselte die Spur   | 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | überholte  | 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | bog rechts ab  | 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | bog links ab   | 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 | setzte zurück  | 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | fuhr in die Gegenfahrbahn  | 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 | kam von rechts   | 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | beachtete Vorfahrtszeichen nicht   | 17 |

◀ Anzahl der angekreuzten Felder ▶

### 13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1. Straßenführung, 2. Richtung der Fahrzeuge A/B, 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes, 4. Straßenschilder, 5. Straßennamen



### 15. Unterschrift beider Fahrer

.....  
 .....

### Fahrzeug B

#### 6. Versicherungsnehmer

(s. Kfz-Schein / Grüne Versicherungskarte)

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Anschrift: .....  
 Telefon: .....

#### 7. Fahrzeug

Marke, Typ: .....  
 Amtl. Kennzeichen: .....

#### 8. Versicherer

Vers.-Nr.: .....  
 Agent: .....  
 Nr. d. Grünen Karte: .....  
 Versicherungsausweis oder Grüne Karte | gültig bis: .....  
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?  
 ja  nein

#### 9. Fahrer (s. Führerscheindaten)

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Adresse: .....  
 Führerschein-Nr.: .....  
 Klasse ..... ausgestellt durch: .....  
 gültig ab ..... gültig bis .....

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



#### 11. Sichtbare Schäden

.....  
 .....

#### 14. Bemerkungen

.....  
 .....

A

B