

Kein Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung

Von beiden Fahrzeugkernern auszufüllen

1. Tag des Unfalles _____	Uhrzeit _____	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein) _____	3. Verletzte? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ¹
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 unterschreiben</i>) _____	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift) _____

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift) _____

Telefon (privat/dienstlich) _____
Besteht Berechtigung zum V orsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer /Name der Gesellschaft _____

Vers.-Nr. _____

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

„Attestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____

Besteht eine V ollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrzeuglenker

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse _____ ausgestellt durch _____

gültig ab ² _____ bis ² _____

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

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

← Anzahl der angekreuzten Felder →

Telefon (privat/dienstlich) _____
Besteht Berechtigung zum V orsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer /Name der Gesellschaft _____

Vers.-Nr. _____

Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)

„Attestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____

Besteht eine V ollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrzeuglenker

Name _____

Vorname _____

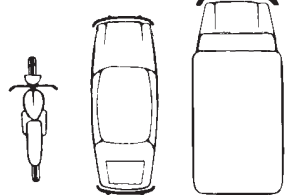
Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse _____ ausgestellt durch _____

gültig ab ² _____ bis ² _____

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes

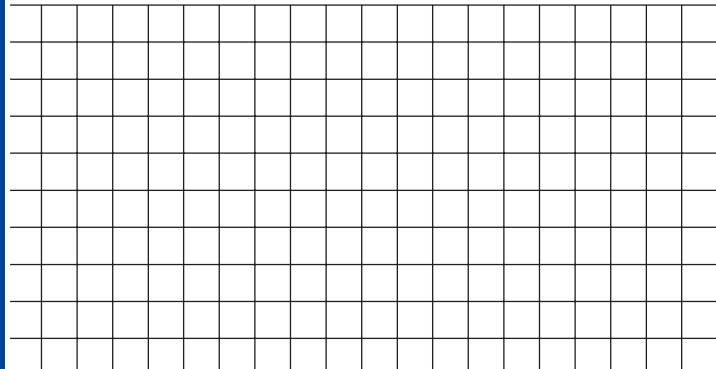


11. Sichtbare Schäden

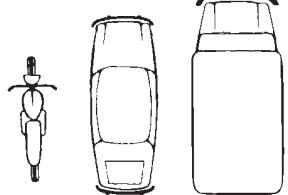
14. Bemerkungen

13. Unfallskizze

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



10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Unterschriften beider Fahrer

A

B

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!

A

B

1 Name und Anschrift angeben 2 Für Fahrer von Omnibussen, Taxis usw.