

VERKEHRSUNFALLBERICHT

1. Datum des Unfalls: _____ Zeit: _____ 2. Ort: _____ Ort: _____ Land: _____ 3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte
nein ja

4. Sachschäden an anderen Fahrzeugen als A und B: nein ja anderen Gegenständen als Fahrzeugen: nein ja 5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon _____

FAHRZEUG A

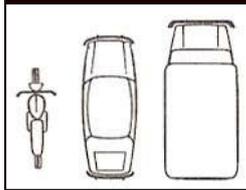
6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Postleitzahl: _____ Land: _____
Telefon oder E-Mail: _____

7. Fahrzeug
KRAFTFAHRZEUG
Marke, Typ: _____
Amtliches Kennzeichen: _____
Land der Zulassung: _____
ANWÄNDER
Amtliches Kennzeichen: _____
Land der Zulassung: _____

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME: _____
Vertragsnummer: _____
Nummer der grünen Karte: _____
Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: _____ bis: _____
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): _____
NAME: _____
Anschrift: _____
Land: _____
Telefon oder E-Mail: _____
Sind Schäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrages versichert? nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein)
NAME: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Land: _____
Telefon oder E-Mail: _____
Führerschein Nr.: _____
Klasse (A, B, ...): _____
Führerschein gültig bis: _____

10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A: _____

14. Eigene Bemerkungen: _____

12. UNFALLUMSTÄNDE

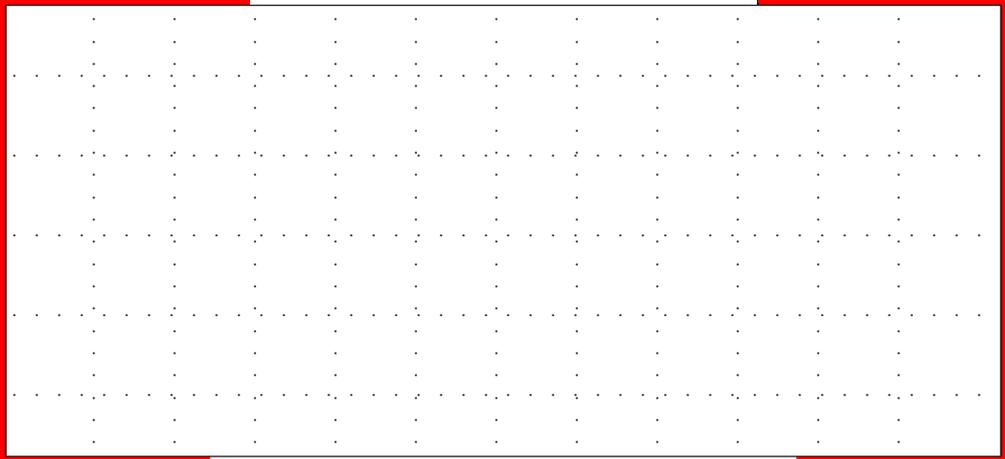
Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren
**nichtzutreffendes streichen*

<input type="checkbox"/> 1	*parkte / hielt	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	*verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	parkte ein	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6	fuhr in einen Kreisverkehr ein	6 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7	fuhr in einem Kreisverkehr	7 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck	8 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9	fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	9 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10	wechselte die Kolonne	10 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11	überholte	11 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12	bog nach rechts ab	12 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13	bog nach links ab	13 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14	setzte zurück	14 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15	wechselte auf eine andere Fahrspur über die dem Gegenverkehr vorbehalten ist	15 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16	kam von rechts (auf einer Kreuzung)	16 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17	hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	17 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ←	Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an	→ <input type="checkbox"/>

Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen
Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern die Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient

Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls

Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrsuren - 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) - 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls - 4. die Verkehrszeichen - 5. Die Straßennamen



FAHRZEUG B

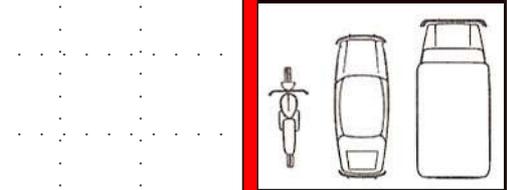
6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Postleitzahl: _____ Land: _____
Telefon oder E-Mail: _____

7. Fahrzeug
KRAFTFAHRZEUG
Marke, Typ: _____
Amtliches Kennzeichen: _____
Land der Zulassung: _____
ANWÄNDER
Amtliches Kennzeichen: _____
Land der Zulassung: _____

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME: _____
Vertragsnummer: _____
Nummer der grünen Karte: _____
Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: _____ bis: _____
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): _____
NAME: _____
Anschrift: _____
Land: _____
Telefon oder E-Mail: _____
Sind Schäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrages versichert? nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein)
NAME: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Land: _____
Telefon oder E-Mail: _____
Führerschein Nr.: _____
Klasse (A, B, ...): _____
Führerschein gültig bis: _____

10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B: _____

14. Eigene Bemerkungen: _____

Unterschriften der Fahrer

A

B