

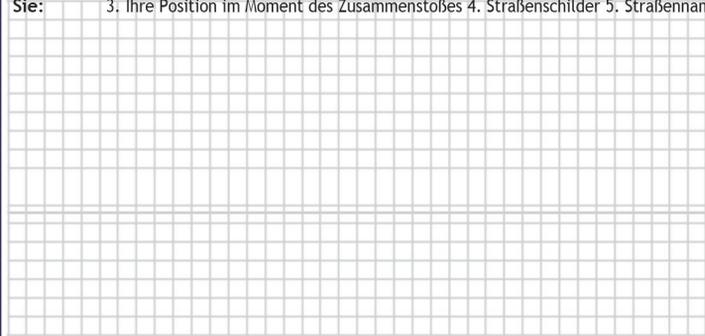
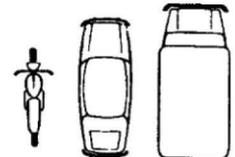
Unfallbericht

Kein Schuldanerkennnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung. **Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen.** Sollte der andere Fahrzeuglenker den Bericht nicht mitausfüllen, so beantworten Sie bitte - soweit möglich - auch die Fragen des Teiles „B“.

1) Tag des Unfalles	Uhrzeit	2) Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3) Anzahl: Verletzte in Fzg. A <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> in Fzg. B <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> andere <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
4) Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	5) Zeugen (Name, Anschrift, Telefon - <i>Insassen unterstreichen</i>)														

Fahrzeug A	Fahrzeug B
6) Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)	6) Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	12) Bitte Zutreffendes ankreuzen <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>Fahrzeug war abgestellt</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>fuhr an</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>hielt an</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>fuhr aus GRUNDSTÜCK oder Feldweg aus</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>bog in GRUNDSTÜCK oder Feldweg ein</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>bog in einen Kreisverkehr ein</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>fuhr im Kreisverkehr</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>fuhr auf</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>wechselte die Spur</td><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>ÜBERHOLTE</td><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>bog rechts ab</td><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>bog links ab</td><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>fuhr RÜCKWÄRTS</td><td>14</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>fuhr in die Gegenfahrbahn</td><td>15</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>kam von rechts</td><td>16</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>beachtete Vorfahrtszeichen nicht</td><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<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 GRUNDSTÜCK oder Feldweg aus	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	bog in 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"/>	Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<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 GRUNDSTÜCK oder Feldweg aus	4	<input type="checkbox"/>																																																																																			
<input type="checkbox"/>	5	bog in 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"/>																																																																																			
7) Fahrzeug Marke, Typ _____ Amtl. Kennzeichen _____	7) Fahrzeug Marke, Typ _____ Amtl. Kennzeichen _____																																																																																						
8) Versicherung _____	8) Versicherung _____																																																																																						
Versicherungs-Nr. Nr. der GRÜNEN Karte (Für Ausländer) „Vers.Nr.“ _____ oder GRÜNE Karte _____ GÜLTIG bis _____	Versicherungs-Nr. Nr. der GRÜNEN Karte _____ (Für Ausländer) „Vers.Nr.“ _____ 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																																																																																						
9) Fahrzeuglenker Name _____ Vorname _____ Adresse _____ Führerschein-NR. _____ Klasse _____ ausgestellt durch _____	9) Fahrzeuglenker Name _____ Vorname _____ Adresse _____ Führerschein-NR. _____ Klasse _____ ausgestellt durch _____																																																																																						
GÜLTIG ab _____ bis _____ (Für Omnibusse, Taxi usw.)	GÜLTIG ab _____ bis _____																																																																																						

10) Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes	13) Unfallskizze Bezeichnen 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B Sie: 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen	10) Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes
		
11) Sichtbare Schäden		11) Sichtbare Schäden
_____		_____
_____		_____
_____		_____

14) Bemerkungen (evtl. Zeugen)	Aufnehmende Polizei-Dienststelle: _____	Tagebuch Nr.: _____	14) Bemerkungen (evtl. Zeugen)
_____			_____
_____			_____
_____			_____

A	B
15) Unterschrift der Fahrzeuglenker	15) Unterschrift der Fahrzeuglenker
_____	_____
_____	_____

* Name und Anschrift angeben Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern! Original an CVP-Gutachten senden!