

VERKEHRSUNFALLBERICHT

1. Datum des Unfalls	Zeit	2. Ort:	Ort:	3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte
		Land:		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

4. Sachschäden an	5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon
anderen Fahrzeugen als A und B: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
anderen Gegenständen als Fahrzeugen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

FAHRZEUG A

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

7. Fahrzeug	7. Fahrzeug
KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	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:	
<i>Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?</i> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

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

12. UNFALLUMSTÄNDE

↓	Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren	↓
A	<i>* Nichtzutreffendes streichen</i>	B
<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 auf	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 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 eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient

13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls	13.
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren - 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) - 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls - 4. die Verkehrszeichen - 5. die Straßennamen	

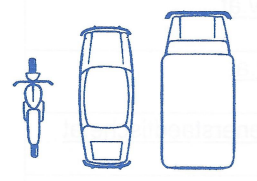
FAHRZEUG B

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

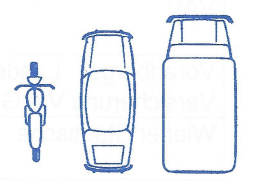
7. Fahrzeug	7. Fahrzeug
KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

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:	
<i>Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?</i> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

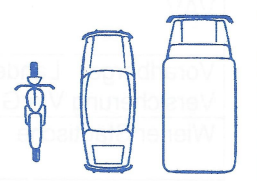
9. Fahrer (siehe Führerschein)	
NAME:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Land:	
Telefon oder E-Mail:	
Führerschein Nr.:	
Klasse (A, B,):	
Führerschein gültig bis:	

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

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:	
---	--

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

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:	
---	--

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

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:	
---	--

14. Eigene Bemerkungen:	15. Unterschriften der Fahrer	15.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">A</div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">B</div> </div>	