

Unfallbericht

24-Stunden
Notfallnr.!

Tel.: 040 - 60 59 08 56
Mobil: 0152 - 54 2753 89

Schnelle Unfallhilfe:

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



KFZ-SACHVERSTÄNDIGER
KFZ-TECHNIKER-MEISTER

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

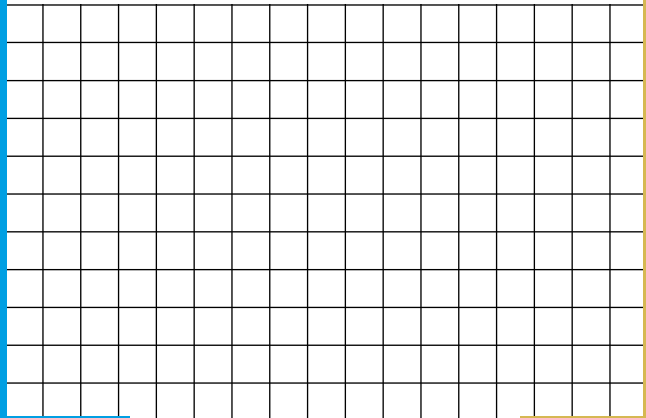
Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich.

- | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Fahrzeug parkte (auf der Straße) | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 | fuhr aus der Parkstelle heraus | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | fuhr in eine Parkstelle hinein | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | bog in einen Kreisverkehr ein | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | fuhr im Kreisverkehr | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 | fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 9 | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer andere Spur | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | wechselte die Spur | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | überholte | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | bog rechts ab | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | bog links ab | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 | setzte zurück | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | fuhr in die Gegenfahrbahn | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 | kam von rechts | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | beachtete Vorfahrtszeichen nicht | <input type="checkbox"/> 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:

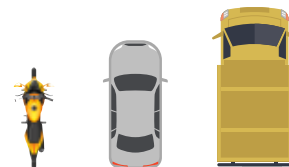
Adresse:

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