

# VERKEHRSUNFALLBERICHT

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

**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: .....

## 12. UNFALLUMSTÄNDE

↓ Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren ↓

**A** **B**

\* Nichtzutreffendes streichen

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

← **Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an** →

### FAHRZEUG B

**6. Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME: .....  
 Vorname: .....  
 Anschrift: .....  
 Postleitzahl: ..... Land: .....  
 Telefon oder E-Mail: .....

**7. Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

**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: .....  
 Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**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 die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

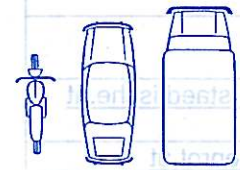
**9. Fahrer** (siehe Führerschein)

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

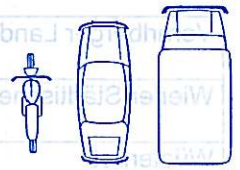
**9. Fahrer** (siehe Führerschein)

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 →**



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



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

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

**14. Eigene Bemerkungen:**

**15. Unterschriften der Fahrer**

**14. Eigene Bemerkungen:**