

1 Tag des Unfalls	Uhrzeit	2 Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr oder Kilometerstein)	3 Verletzte (auch leicht) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
--------------------------	---------	--	---

4 Andere Schäden (auser A u. B) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	5 Zeugen (Name, Anschrift, Telefon - Insassen von A und B unterstreichen)
---	--

FAHRZEUG A

6 Versicherungsnehmer
(Siehe Kfz-Schein / Versicherungskarte)

Vor- / Nachname: _____
 Strasse / Nr: _____
 PLZ / Ort: _____
 Land: _____
 Telefon: _____
 Email: _____

Besteht eine Berechtigung zum Vorsteuerabzug? JA NEIN

7 Fahrzeug

Marke / Typ: _____
 Kennzeichen: _____

8 Versicherer

Vers. Nr: _____
 Agent: _____
 Grüne Karte / Nr: _____
 Gültig bis: _____
Versicherungsausweis oder Grüne Karte

Verfügen Sie über eine Vollkaskoversicherung? JA NEIN

9 Fahrer (Siehe Führerschein)

Vor- / Nachname: _____
 Strasse / Nr: _____
 PLZ / Ort: _____
 Land: _____
 Führerschein-Nr: _____
 Klasse: _____
 Ausgestellt von: _____
 Gültig Von - Bis: _____
(für Omnibuse, Taxis usw.)

10 Zeichnen Sie am Punkt des ersten Anstoßes einen Pfeil

11 Sichtbare Schäden

14 Bemerkungen

12 Umstände
Bitte ankreuzen, soweit für die Skizze sachdienlich

<input type="checkbox"/> 1 Fahrzeug parkte auf der Straße	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 fuhr aus dem Parkplatz heraus	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 fuhr in den Parkplatz hinein	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 fuhr aus einem Parkplatz, Grundstück oder einem Feld- / Privatweg	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 fuhr auf einem Parkplatz, Grundstück oder einem Feld- / Privatweg	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6 bog in den Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 fuhr im Kreisverkehr	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8 fuhr mit Heck auf anderes Fahrzeug Selbe Fahrrichtung und Fahrspur	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 fuhr in gleiche Richtung aber anderer Fahrspur	<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 Vorfahrt nicht	<input type="checkbox"/> 17

Anzahl der angekreuzten Felder

13 Unfallskizze

15 Unterschriften beider Fahrer

A _____ B _____

FAHRZEUG B

6 Versicherungsnehmer
(Siehe Kfz-Schein / Versicherungskarte)

Vor- / Nachname: _____
 Strasse / Nr: _____
 PLZ / Ort: _____
 Land: _____
 Telefon: _____
 Email: _____

Besteht eine Berechtigung zum Vorsteuerabzug? JA NEIN

7 Fahrzeug

Marke / Typ: _____
 Kennzeichen: _____

8 Versicherer

Vers. Nr: _____
 Agent: _____
 Grüne Karte / Nr: _____
 Gültig bis: _____
Versicherungsausweis oder Grüne Karte

Verfügen Sie über eine Vollkaskoversicherung? JA NEIN

9 Fahrer (Siehe Führerschein)

Vor- / Nachname: _____
 Strasse / Nr: _____
 PLZ / Ort: _____
 Land: _____
 Führerschein-Nr: _____
 Klasse: _____
 Ausgestellt von: _____
 Gültig Von - Bis: _____
(für Omnibuse, Taxis usw.)

10 Zeichnen Sie am Punkt des ersten Anstoßes einen Pfeil

11 Sichtbare Schäden

14 Bemerkungen

