

Tag des Unfalles \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein) \_\_\_\_\_

Verletzte? \_\_\_\_\_

nein  ja

Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A & B?  
nein  ja

Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; Insassen von A & B unterstreichen) \_\_\_\_\_

## Fahrzeug A

### Versicherungsnehmer

(siehe Kfz-Schein/  
Grüne Versicherungskarte)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

nein  ja

### Fahrzeug

Marke, Typ \_\_\_\_\_

Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

### Versicherer

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Agent \_\_\_\_\_

Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_

Versicherungsausweis  
oder Grüne Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkaskoversicherung?

nein  ja

### Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

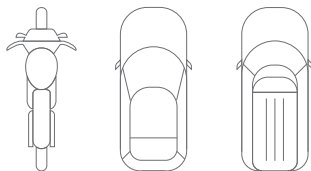
Anschrift \_\_\_\_\_

Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_ ausgestellt durch \_\_\_\_\_

gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(für Omnibusse, Taxis usw.)

Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes



### Sichtbare Schäden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Umstände

Bitte ankreuzen soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

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

Anzahl der angekreuzten Felder

## Fahrzeug B

### Versicherungsnehmer

(siehe Kfz-Schein/  
Grüne Versicherungskarte)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

nein  ja

### Fahrzeug

Marke, Typ \_\_\_\_\_

Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

### Versicherer

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Agent \_\_\_\_\_

Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_

Versicherungsausweis  
oder Grüne Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkaskoversicherung?

nein  ja

### Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

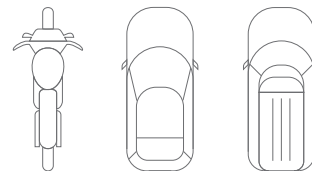
Anschrift \_\_\_\_\_

Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_ ausgestellt durch \_\_\_\_\_

gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(für Omnibusse, Taxis usw.)

Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes



### Sichtbare Schäden

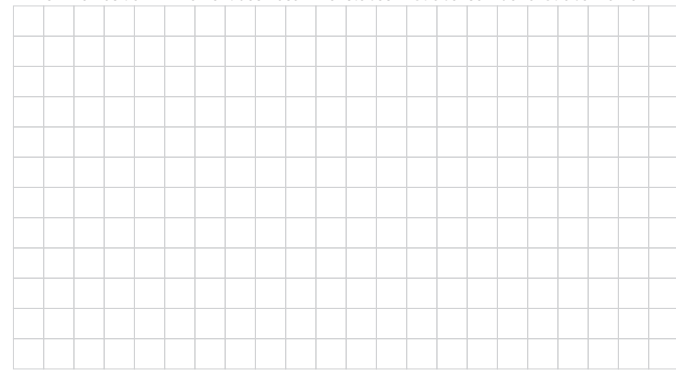
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1. Straßenführung 2. Richtung der Fahrzeuge A & B (durch Pfeile)  
3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen



## Unterschrift beider Fahrer

A

B