

| | | | |
|--|---------|--|---|
| 1. Tag des Unfalls | Uhrzeit | 2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein) | 3. Verletzte? (auch leicht) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| 4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A u. B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | 5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; Insassen von A und B unterstreichen) | |

6. Versicherungsnehmer

(siehe Zulassungsbescheinigung Teil I / Grüne Versicherungskarte)

Name: _____
 Vorname: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____
 Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
 nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ: _____
 Amtl. Kennzeichen: _____

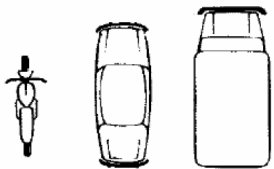
8. Versicherer

Vers.-Nr.: _____
 Agent: _____
 Nr. der Grünen Karte: _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis: _____
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?
 nein ja

9. Fahrer

Name: _____
 Vorname: _____
 Adresse: _____
 Führerschein-Nr.: _____
 Klasse: _____ ausgestellt durch: _____
 gültig ab _____ bis _____
 (Für Omnibusse, Taxen usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

12. Umstände

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

A

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

B

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17

13. Unfallskizze

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

15. Unterschrift beider Fahrer

A **B**

A

B

6. Versicherungsnehmer

(siehe Zulassungsbescheinigung Teil I / Grüne Versicherungskarte)

Name: _____
 Vorname: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____
 Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
 nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ: _____
 Amtl. Kennzeichen: _____

8. Versicherer

Vers.-Nr.: _____
 Agent: _____
 Nr. der Grünen Karte: _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis: _____
 Besteht eine Vollkaskoversicherung?
 nein ja

9. Fahrer

Name: _____
 Vorname: _____
 Adresse: _____
 Führerschein-Nr.: _____
 Klasse: _____ ausgestellt durch: _____
 gültig ab _____ bis _____
 (Für Omnibusse, Taxen usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

