

Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallhergangs zur schnelleren Schadensregulierung

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen.

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? 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 unterstreichen)	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer (Name, Anschrift)

Telefon _____
(Mo. - Fr. 8-21 Uhr, Sa 8 - 16 Uhr)

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
amtliches Kennzeichen _____

8. ASSTEL Sachversicherung AG

Wiener Platz 4, 51175 Köln, 02 21 - 9 67 71 12

Vers.-Nr.: _____

Nr. der Grünen Karte: _____
(Für Ausländer)

Attestation oder Grüne Karte gültig bis: _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung
nein ja

9. Fahrzeuglenker

Name _____

Vorname _____

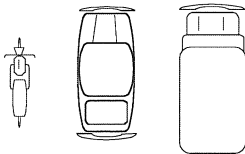
Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse ___ ausgest. durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. sichtbare Schäden

12. Bemerkungen

A

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name, Anschrift)

Telefon _____
(Mo. - Fr. 8-21 Uhr, Sa 8 - 16 Uhr)

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
amtliches Kennzeichen _____

8. ASSTEL Sachversicherung AG

Wiener Platz 4, 51175 Köln, 02 21 - 9 67 71 12

Vers.-Nr.: _____

Nr. der Grünen Karte: _____
(Für Ausländer)

Attestation oder Grüne Karte gültig bis: _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung
nein ja

9. Fahrzeuglenker

Name _____

Vorname _____

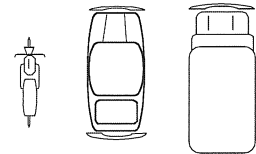
Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Klasse ___ ausgest. durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. sichtbare Schäden

12. Bemerkungen

B

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

- | | | | | |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Fahrzeug war abgestellt | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | fuhr an | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | hielt an | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | fuhr aus Grundstück/Feldweg aus | <input type="checkbox"/> | 4 |
| <input type="checkbox"/> | 5 | bog in Grundstück/Feldweg 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 auf | <input type="checkbox"/> | 8 |
| <input type="checkbox"/> | 9 | fuhr gleiche Richtung, aber 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 | fuhr rückwärts | <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. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Die Position der Fahrzeuge im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen



15. Unterschrift der Fahrzeuglenker

A

B

A

B