



## Unfallbericht

### Allgemeine Angaben

<b>1. Tag des Unfalls mit Uhrzeitangabe</b>
<b>2. Ort</b> des Unfalls (Straße, Hausnummer, Kilometerstein)
<b>3. Aufnehmende Polizei</b> (Dienststelle, Az.)
<b>4. Verletzte</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>5. Sachschäden</b> <input type="checkbox"/> nur Fahrzeug(e) <input type="checkbox"/> sonstige Sachschäden außerhalb der Fahrzeuge
<b>6. Zeugen</b> (Name, Anschrift)

### Fahrzeug A (Mandant)

### Fahrzeug B

#### 6. Fahrzeug

<b>Marke, Typ</b>	<b>Marke, Typ</b>
<b>Amtliches Kennzeichen</b>	<b>Amtliches Kennzeichen</b>
<b>Leasing</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Leasing</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Sicherungsübereignetes Fahrzeug</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Sicherungsübereignetes Fahrzeug</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

#### 7. Eigentümer

<b>Name, Anschrift</b>	<b>Name, Anschrift</b>
<b>Telefon</b>	<b>Telefon</b>

### 8. Versicherungsnehmer

<b>Name</b>	<b>Name</b>
<b>Anschrift</b>	<b>Anschrift</b>
<b>Telefon</b>	<b>Telefon</b>
<b>Berechtigung zum Vorsteuerabzug gem. §15 UStG</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Berechtigung zum Vorsteuerabzug gem. §15 UStG</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 9. Versicherer

<b>Name der Gesellschaft</b>	<b>Name der Gesellschaft</b>
<b>Versicherungs-Nr. (ggf. Nr. der grünen Karte)</b>	<b>Versicherungs-Nr. (ggf. Nr. der grünen Karte)</b>
<b>Vollkaskoversicherung/ Teilkaskoversicherung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Vollkaskoversicherung/ Teilkaskoversicherung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 10. Fahrzeuglenker

<b>Name</b>	<b>Name</b>
<b>Anschrift</b>	<b>Anschrift</b>
<b>Führerschein-Nr.</b>	<b>Führerschein-Nr.</b>

### 11. Unfallhergang (bitte Zutreffendes ankreuzen)

<b>Fahrzeug A</b>	<b>Fahrzeug B</b>
<input type="checkbox"/> war abgestellt <input type="checkbox"/> fuhr an <input type="checkbox"/> hielt an <input type="checkbox"/> fuhr aus Parkplatz/ Grundstück/ Feldweg heraus <input type="checkbox"/> bog in Parkplatz/ Grundstück/ Feldweg ein <input type="checkbox"/> bog in Kreisverkehr ein <input type="checkbox"/> fuhr im Kreisverkehr <input type="checkbox"/> fuhr aus Kreisverkehr raus <input type="checkbox"/> fuhr auf <input type="checkbox"/> wechselte die Spur <input type="checkbox"/> überholte <input type="checkbox"/> bog links ab <input type="checkbox"/> bog rechts ab <input type="checkbox"/> fuhr rückwärts <input type="checkbox"/> fuhr in Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/> war abgestellt <input type="checkbox"/> fuhr an <input type="checkbox"/> hielt an <input type="checkbox"/> fuhr aus Parkplatz/ Grundstück/ Feldweg heraus <input type="checkbox"/> bog in Parkplatz/ Grundstück/ Feldweg ein <input type="checkbox"/> bog in Kreisverkehr ein <input type="checkbox"/> fuhr im Kreisverkehr <input type="checkbox"/> fuhr aus Kreisverkehr raus <input type="checkbox"/> fuhr auf <input type="checkbox"/> wechselte die Spur <input type="checkbox"/> überholte <input type="checkbox"/> bog links ab <input type="checkbox"/> bog rechts ab <input type="checkbox"/> fuhr rückwärts <input type="checkbox"/> fuhr in Gegenfahrbahn

<input type="checkbox"/> beachtete Vorfahrtszeichen nicht <input type="checkbox"/> kam von rechts	<input type="checkbox"/> beachtete Vorfahrtszeichen nicht <input type="checkbox"/> kam von rechts
--	--

**Schilderung des Unfallhergangs**


**Skizze**

--

**Daten zu Sachschäden am Fahrzeug A**

<b>Reparaturschaden</b> <input type="checkbox"/> konkret <input type="checkbox"/> fiktiv
<b>Totalschaden</b> <input type="checkbox"/> technisch <input type="checkbox"/> wirtschaftlich <input type="checkbox"/> 130%-Grenze
<b>Bezifferung des Schadens durch</b> <input type="checkbox"/> Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> Sachverständigengutachten <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag
<b>Wertminderung</b> <input type="checkbox"/> technisch <input type="checkbox"/> merkantil

<b>Nutzungsausfallschaden</b> <input type="checkbox"/> Mietwagenkosten <input type="checkbox"/> täglicher Fahrbedarf <input type="checkbox"/> Vorhaltekosten
<b>Sonstige Schadenspositionen</b> <input type="checkbox"/> Abschleppkosten <input type="checkbox"/> Standgeld <input type="checkbox"/> Entsorgungskosten <input type="checkbox"/> Auslagenpauschale <input type="checkbox"/> An- und Abmeldekosten <input type="checkbox"/> Finanzierungskosten

### Daten zu Personenschäden

<b>Verletzter</b> (Name, Adresse, Kontakt, Geburtsdatum)
<b>Wegeunfall</b> (ggf. Berufsgenossenschaft) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ärztliche Erstbehandlung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name des Arztes/ Klinik: _____ Straße, Hausnummer: _____ Ort, Postleitzahl: _____
<b>Ärztliche Weiterbehandlung</b> (Name des Arztes, Adresse)
<b>Arztbericht</b> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> noch anzufordern
<b>Behandlungskosten</b>
<b>Verdienstaussfall</b>
<b>Haushaltshilfeschieden</b>
<b>Private Unfallversicherung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein