



Unfallbericht

Allgemeine Angaben

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

Fahrzeug A (Mandant)

Fahrzeug B

6. Fahrzeug

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

7. Eigentümer

Name, Anschrift	Name, Anschrift
Telefon	Telefon

8. Versicherungsnehmer

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

9. Versicherer

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

10. Fahrzeuglenker

Name	Name
Anschrift	Anschrift
Führerschein-Nr.	Führerschein-Nr.

11. Unfallhergang (bitte Zutreffendes ankreuzen)

<p style="text-align: center;">Fahrzeug A</p> <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	<p style="text-align: center;">Fahrzeug B</p> <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
--	--

- beachtete Vorfahrtszeichen nicht
- kam von rechts

- beachtete Vorfahrtszeichen nicht
- kam von rechts

Schilderung des Unfallhergangs

Skizze

--

Daten zu Sachschäden am Fahrzeug A

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

Nutzungsausfallschaden <input type="checkbox"/> Mietwagenkosten <input type="checkbox"/> täglicher Fahrbedarf <input type="checkbox"/> Vorhaltekosten
Sonstige Schadenspositionen <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

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