SCHINNER

VERMÖGENSTREUHAND- UND VERSICHERUNGSBERATUNGSGESELLSCHAFT MIT BESCHRÄNKTER HAFTUNG
1030 Wien, Am Heumarkt 13/I/4 versicherung@schinner.at Tel.: 712 07 77 Fax: DW 32

Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Tag des Unfalles / Uhrzeit	**2. Ort** (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	**3. Verletzte?** (auch leicht) nein ☐ ja ☐ *
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B nein ☐ ja ☐ *	**5. Zeugen** (Name, Anschrift, Telefon - *Insassen unterstreichen)*	**5a. Behördliche Aufnahme?**) nein ☐ ja ☐

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

_____

Telefon (von 9 - 15 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ☐ ja ☐

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____

Behördl. Kennzeichen _____

8. Versicherer

_____

Polizzennummer _____

Geschäftsstelle _____

Nr. der Grünen Karte _____

Versicherungsausweis oder Grüne Karte — gültig bis _____

Besteht eine Voll-(Kollisions-) Kasko-Versicherung?
nein ☐ ja ☐

Kaskoversicherer _____

9. Fahrer

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Gruppe _____ ausgestellt durch _____

_____

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

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich

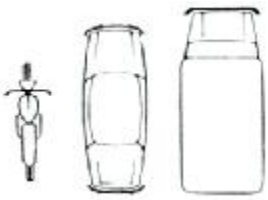
A			B
☐	1	Fahrzeug war abgestellt	☐
☐	2	setzte sich in Fahrt	☐
☐	3	hielt an	☐
☐	4	fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus	☐
☐	5	bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg ein	☐
☐	6	bog in einen Kreisverkehr ein	☐
☐	7	fuhr im Kreisverkehr	☐
☐	8	fuhr auf	☐
☐	9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	☐
☐	10	wechselte die Spur	☐
☐	11	überholte	☐
☐	12	bog rechts ab	☐
☐	13	bog links ab	☐
☐	14	fuhr rückwärts	☐
☐	15	fuhr in die Gegenfahrbahn	☐
☐	16	kam von rechts	☐
☐	17	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	☐
☐		**Anzahl der angekreuzten Felder**	☐

13. Unfallskizze

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

Bei vorbeifahren an angehaltenem Fahrzeug Skizze unbedingt ausfüllen!

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes



11. Sichtbare Schäden

_____

_____

_____

14. Bemerkungen

_____

_____

_____

15. Unterschrift beider Fahrer

A **B**

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

_____

Telefon (von 9 - 15 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ☐ ja ☐

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____

Behördl. Kennzeichen _____

8. Versicherer

_____

Polizzennummer _____

Geschäftsstelle _____

Nr. der Grünen Karte _____

Versicherungsausweis oder Grüne Karte — gültig bis _____

Besteht eine Voll-(Kollisions-) Kasko-Versicherung?
nein ☐ ja ☐

Kaskoversicherer _____

9, Fahrer

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Führerschein-Nr. _____

Gruppe _____ ausgestellt durch _____

_____

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

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes

11. Sichtbare Schäden

_____

_____

_____

14. Bemerkungen

_____

_____

_____