Unfallbericht

24-Stunden Notfallnr.! 0800 90 90 90 8
0176 251 34 784

Schnelle Unfallhilfe:
✓ unabhängiger Kfz-Gutachter
✓ auch am Wochenende im Einsatz
✓ Vor-Ort-Service (Unfallort, Arbeitsplatz, etc.)

Gutachten Point
Kfz-Sachverständigen

1. Tag des Unfalls	Uhrzeit	**2. Ort** (Stadtteil, Gemeinde, Straße, Haus-Nr.)	**3. Verletzte?** (auch leicht) ☐ ja ☐ nein
4. Andere Sachschäden als an dem Fahrzeug A u. B. ☐ ja ☐ nein		**5. Zeugen** (Name, Anschrift, Telefon)	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer
(s. Kfz-Schein / Grüne Versicherungskarte

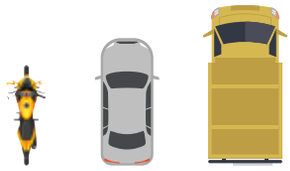
Name: .....
Vorname: .....
Anschrift: .....
.....
Telefon: .....

7. Fahrzeug
Marke, Typ: .....
Amtl. Kennzeichen: .....

8. Versicherer
.....
Vers.-Nr.: .....
Agent: .....
Nr. d. Grünen Karte: .....
Versicherungsausweis oder Grüne Karte | gültig bis: .....
Besteht eine Vollkaskoversicherung?
☐ ja ☐ nein

9. Fahrer (s. Führerscheindaten)
Name: .....
Vorname: .....
Adresse: .....
Führerschein-Nr.: .....
Klasse ..... ausgestellt durch: .....
.....
gültig ab ..... gültig bis .....

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



11. Sichtbare Schäden
.....
.....
.....

14. Bemerkungen
.....
.....

A

12. Umstände

Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich.

☐	1	Fahrzeug parkte (auf der Straße)	1 ☐
☐	2	fuhr aus der Parkstelle heraus	2 ☐
☐	3	fuhr in eine Parkstelle hinein	3 ☐
☐	4	fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/ Privatweg heraus	4 ☐
☐	5	fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/ Privatweg ein	5 ☐
☐	6	bog in einen Kreisverkehr ein	6 ☐
☐	7	fuhr im Kreisverkehr	7 ☐
☐	8	fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	8 ☐
☐	9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer andere Spur	9 ☐
☐	10	wechselte die Spur	10 ☐
☐	11	überholte	11 ☐
☐	12	bog rechts ab	12 ☐
☐	13	bog links ab	13 ☐
☐	14	setzte zurück	14 ☐
☐	15	fuhr in die Gegenfahrbahn	15 ☐
☐	16	kam von rechts	16 ☐
☐	17	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	17 ☐
☐		◀ **Anzahl der angekreuzten Felder** ▶	☐

13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1. Straßenführung, 2. Richtung der Fahrzeuge A/B, 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes, 4. Straßenschilder, 5. Straßennamen

15. Unterschrift beider Fahrer

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer
(s. Kfz-Schein / Grüne Versicherungskarte

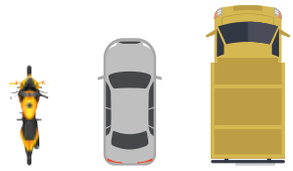
Name: .....
Vorname: .....
Anschrift: .....
.....
Telefon: .....

7. Fahrzeug
Marke, Typ: .....
Amtl. Kennzeichen: .....

8. Versicherer
.....
Vers.-Nr.: .....
Agent: .....
Nr. d. Grünen Karte: .....
Versicherungsausweis oder Grüne Karte | gültig bis: .....
Besteht eine Vollkaskoversicherung?
☐ ja ☐ nein

9. Fahrer (s. Führerscheindaten)
Name: .....
Vorname: .....
Adresse: .....
Führerschein-Nr.: .....
Klasse ..... ausgestellt durch: .....
.....
gültig ab ..... gültig bis .....

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



11. Sichtbare Schäden
.....
.....
.....

14. Bemerkungen
.....
.....

B

24-Stunden Notfallnummer 0800 90 90 90 8
www.GutachtenPoint.de