

Gebrauchsanweisung für den Unfallbericht – für alle Autounfälle brauchbar

Dieser Unfallbericht entspricht dem von der Insurance Europe geschaffenen Modell.

Wie ist der Unfallbericht auszufüllen?

Am Unfallort

1. Wenn Sie sofortige Hilfe am Unfallort oder Rat brauchen, erreichen Sie die Servicezentrale der deutschen Autoversicherer rund um die Uhr telefonisch unter der Vanitynummer **08 00/notfon d** oder der Telefonnummer **08 00/6 68 36 63**.
2. Verwenden Sie nur einen Satz des Unfallberichtes für 2 beteiligte Fahrzeuge (2 für 3 beteiligte Fahrzeuge etc.). Es spielt keine Rolle, wer sie liefert oder ausfüllt. Verwenden Sie einen Kugelschreiber und schreiben Sie kräftig, so dass die Kopie leserlich wird.
3. Beachten Sie beim Ausfüllen des Unfallberichtes Folgendes:
 - Beziehen Sie sich bei der Antwort auf die Fragen
 - a) nach Ziff. 8 auf Ihre Versicherungsdokumente (Police oder internationale Versicherungskarte) und
 - b) nach Ziff. 9 auf Ihren Führerschein.
 - Bezeichnen Sie genau den Punkt des Zusammenstoßes (Ziff. 10)
 - Bezeichnen Sie durch Ankreuzen jene Umstände (siehe 1-17 zu Ziff. 12), die auf Ihren Unfall zutreffen und geben Sie am Schluss die Zahl der von Ihnen bezeichneten Felder an.
 - Zeichnen Sie eine Unfallskizze (Ziff. 13).
4. Nennen Sie Unfallzeugen, insbesondere bei Meinungsverschiedenheiten.
5. Ziehen Sie bei schweren Unfällen die Polizei hinzu.
6. Fertigen Sie bitte Fotos von den beschädigten Kfz und der Unfallstelle.
7. Lassen Sie sich bitte Ausweispapiere und Versicherungsnachweise vom Unfallgegner zeigen.
8. Unterschreiben Sie den Unfallbericht und lassen Sie ihn durch den anderen Lenker auch unterzeichnen. Übergeben Sie ihm ein Exemplar und behalten Sie das andere.

Zuhause

- Rufen Sie uns sofort an. Sie erreichen unsere Schadenzentren rund um die Uhr unter der kostenfreien Telefonnummer **08 00/62 36 62 36**. In den meisten Fällen erübrigt sich damit eine schriftliche Schadenmeldung.
- Den Unfallbericht (bitte nicht mehr verändern) und schriftliche Informationen senden Sie bitte an:
Versicherungskammer Bayern
Komposit-Schaden
81550 München
- Wegen einer Fahrzeugbesichtigung wenden Sie sich bitte an unsere kostenfreie Schadenhotline **08 00/62 36 62 36**.

Spezialfälle

- Besitzt der andere Unfallbeteiligte das gleiche (von der Insurance Europe genehmigte) Formular, aber in einer anderen Sprache, so denken Sie daran, dass die Formulare gleich sind und die einzelnen Fragen denselben Inhalt haben. Zu diesem Zwecke sind die einzelnen Fragen nummeriert.
- Das vorliegende Formular dient auch für Unfälle ohne Drittschäden, bei Kaskoversicherung zum Beispiel bei Sachschäden am eigenen Fahrzeug sowie bei Schäden durch Diebstahl und Feuer.

Bei Erhalt eines neuen Unfallberichtes bitte diesen sofort in das Handschuhfach Ihres Fahrzeuges legen.

Copyright 2001© Insurance Europe AISBL. Alle Rechte vorbehalten. Dieses Formular darf nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung der Insurance Europe AISBL vervielfältigt werden. Jede unbefugte Nutzung, Vervielfältigung oder Änderung stellt eine Copyright-Verletzung dar.

Hinweis für den Schadenfall: Die zur Schadenbearbeitung erforderlichen Daten der Beteiligten haben wir gespeichert.

Bayerischer Versicherungsverband
Versicherungsaktiengesellschaft
Versicherungskammer Bayern
Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts

VER | **SICHER** | UNGS
KAMMER
BAYERN

Europäischer Unfallbericht

Bitte höflich bleiben

Bitte Ruhe bewahren

Hinweise zur Handhabung

Unfallbericht

Kein Schuldanerkennnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung

VON BEIDEN FAHRZEUGLENKERN AUSZUFÜLLEN

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? (auch leicht) 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 – <i>Insassen von A oder B unterstreichen</i>)	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer

(siehe Kfz-Schein/ Grüne Versicherungskarte)

Name _____
Vorname _____
Anschrift _____
Telefon _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

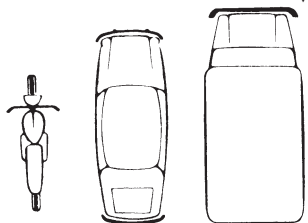
8. Versicherer

Vers.-Nr. _____
Agent _____
Nr. der Grünen Karte _____
Versicherungsausweis _____ gültig bis _____
oder Grüne Karte _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ 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

12. Umstände

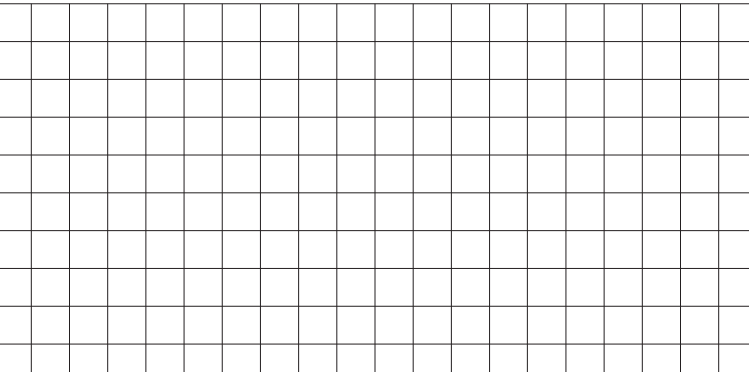
Bitte ankreuzen, soweit für die Beschreibung der Skizze sachdienlich.

- | | | | |
|--------------------------|----|--|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Fahrzeug parkte (auf der Straße) | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | fuhr aus der Parkstelle heraus | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | fuhr in eine Parkstelle hinein | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder einem Feldweg/Privatweg heraus | 4 |
| <input type="checkbox"/> | 5 | fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder in einen Feldweg/Privatweg ein | 5 |
| <input type="checkbox"/> | 6 | bog in einen Kreisverkehr ein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 7 | fuhr im Kreisverkehr | 7 |
| <input type="checkbox"/> | 8 | fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur | 8 |
| <input type="checkbox"/> | 9 | fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur | 9 |
| <input type="checkbox"/> | 10 | wechselte die Spur | 10 |
| <input type="checkbox"/> | 11 | überholte | 11 |
| <input type="checkbox"/> | 12 | überholte bog rechts ab | 12 |
| <input type="checkbox"/> | 13 | bog links ab | 13 |
| <input type="checkbox"/> | 14 | setzte zurück | 14 |
| <input type="checkbox"/> | 15 | fuhr in die Gegenfahrbahn | 15 |
| <input type="checkbox"/> | 16 | kam von rechts | 16 |
| <input type="checkbox"/> | 17 | beachtete Vorfahrtszeichen nicht | 17 |

← Anzahl der angekreuzten Felder →

13. Unfallskizze

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



15. Unterschrift beider Fahrer

A _____ B _____

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer

(siehe Kfz-Schein/ Grüne Versicherungskarte)

Name _____
Vorname _____
Anschrift _____
Telefon _____
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug

Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

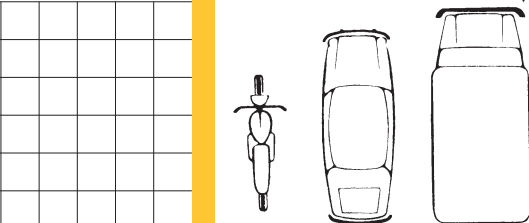
8. Versicherer

Vers.-Nr. _____
Agent _____
Nr. der Grünen Karte _____
Versicherungsausweis _____ gültig bis _____
oder Grüne Karte _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerscheindaten)

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ 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

*Name und Anschrift angeben