

Gebrauchsanweisung für den Unfallbericht – für alle Autounfälle brauchbar

Dieser Unfallbericht entspricht dem vom Comité Européen des Assurances (CEA) 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 Grüne Karte) 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 Telefonnummer **0 18 05 / 12 34 56**. In den meisten Fällen erübrigt sich damit eine schriftliche Schadenmeldung.
- Den Unfallbericht (bitte nicht mehr verändern) und schriftliche Informationen können Sie auch an das jeweils nächstgelegene Schadenzentrum senden:
 - **Direktion München:**
Maximilianstraße 53, 80530 München
 - **Schadenzentrum München:**
Frankenthaler Straße 5-9, 81501 München, Postfach 90 01 35
 - **Schadenzentrum Nürnberg:**
Steinbühler Straße 4-6, 90003 Nürnberg, Postfach 13 46
 - **Schadenzentrum Regensburg:**
Hermann-Köhl-Straße 2, 93002 Regensburg, Postfach 10 02 43
 - **Schadendirektion Neustadt:**
Hetzelgalerie 1, 67429 Neustadt, Postfach 10 01 20
- Wegen einer Fahrzeugbesichtigung wenden Sie sich bitte an das zuständige Schadenzentrum.

Spezialfälle

- Besitzt der andere Unfallbeteiligte das gleiche (vom Comité Européen des Assurances 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 numeriert.
- 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.

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 _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis _____

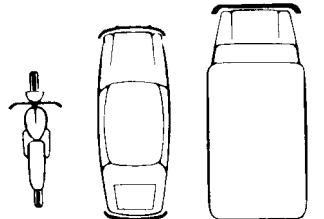
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
 nein ja

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

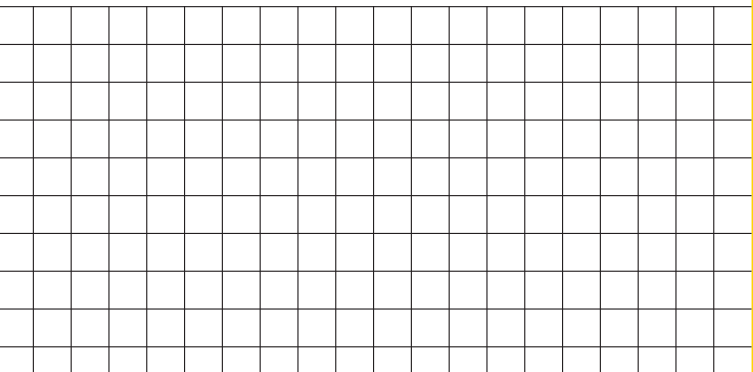
14. Bemerkungen

Fahrzeug 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 in 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 anderen 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 und B (durch Pfeile)
 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen



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 _____
 Versicherungs- ausweis oder Grüne Karte gültig bis _____

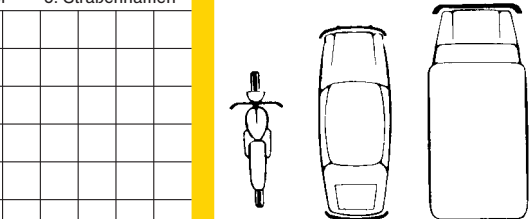
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
 nein ja

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

15. Unterschrift beider Fahrer

A B

* Name und Anschrift angeben

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!