

Europäischer Unfallbericht

- Bitte höflich bleiben
- Bitte Ruhe bewahren

Hinweise zur Handhabung
auf Seite zwei!



Europäischer Unfallbericht

Gebrauchsanweisung für den Unfallbericht:

Dieser Unfallbericht entspricht dem vom Comité Européen des Assurances (CEA) geschaffenen Modell.

Für alle Autounfälle brauchbar

Wie ist der Unfallbericht auszufüllen?

Am Unfallort:

1. Verwenden Sie nur einen Satz 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.
2. Beachten Sie beim Ausfüllen des Unfallberichtes folgendes:
 - Beziehen Sie sich bei der Antwort auf die Fragen
 - a) gemäß Ziff. 8 auf Ihre Versicherungsdokumente (Police oder Grüne Karte) und
 - b) gemäß Ziff. 9 auf Ihren Führerschein.
 - Bezeichnen Sie genau den Punkt des Zusammenstoßes (Ziff. 10).
 - Bezeichnen Sie mit einem Kreuz jene Tatbestände (1-17), die auf Ihren Unfall zutreffen (Ziff. 12), und geben Sie am Schluss die Anzahl der von Ihnen bezeichneten Felder an.
 - Zeichnen Sie eine Unfallskizze (Ziff. 13).
3. Nennen Sie einen Unfallzeugen, insbesondere bei Meinungsverschiedenheiten.
4. Unterschreiben Sie den Unfallbericht, und lassen Sie ihn durch den anderen Lenker auch unterzeichnen. Übergeben Sie ihm ein Blatt des Formularsatzes und behalten Sie das andere.

Zu Hause:

- Vergessen Sie nicht anzugeben, wo und wann Ihr Fahrzeug durch einen Sachverständigen besichtigt werden kann (Ziff. 14).
- Verändern Sie auf keinen Fall den Unfallbericht.
- Übersenden Sie das Formular unverzüglich Ihrer Versicherungsgesellschaft.

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 nummeriert.
- Das vorliegende Formular dient auch für Unfälle ohne Drittschäden, bei Kaskoversicherungen zum Beispiel bei Sachschäden am eigenen Fahrzeug sowie bei Schäden durch Diebstahl oder Feuer.

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

Verkehrsunfallbericht

1. Datum des Unfalls Zeit 2. Plz./Ort 3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	4. Sachschäden an anderen Fahrzeugen als A und B: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein anderen Gegenständen als Fahrzeugen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon																																																						
Fahrzeug A	12. Unfallumstände	Fahrzeug B																																																						
6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung) Name: Vorname: Anschrift: Postleitzahl: Land:	Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren Nicht zutreffenden Text streichen <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:33%;">↓ A</td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;">↓ B</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>parkte/hielt</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>verließ einen Parkplatz/ öffnete eine Wagen tür</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>parkte ein</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>verließ einen Parkplatz/ ein privates Grundstück, einen Weg</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>fuhr in einen Kreisverkehr ein</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>fuhr in einen Kreisverkehr</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td>prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td>wechselte die Kolonne</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11</td> <td>überholte</td> <td><input type="checkbox"/> 11</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12</td> <td>bog nach rechts ab</td> <td><input type="checkbox"/> 12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13</td> <td>bog nach links ab</td> <td><input type="checkbox"/> 13</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14</td> <td>setzte zurück</td> <td><input type="checkbox"/> 14</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15</td> <td>wechselte auf die Gegenfahrbahn</td> <td><input type="checkbox"/> 15</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td> <td>kam von rechts (auf einer Kreuzung)</td> <td><input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17</td> <td>hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet</td> <td><input type="checkbox"/> 17</td> </tr> </table>	↓ A		↓ B	<input type="checkbox"/> 1	parkte/hielt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	verließ einen Parkplatz/ öffnete eine Wagen tür	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	parkte ein	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	verließ einen Parkplatz/ ein privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	fuhr in einen Kreisverkehr	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	wechselte die Kolonne	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	überholte	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	bog nach links ab	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	setzte zurück	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	wechselte auf die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/> 17	6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung) Name: Vorname: Anschrift: Postleitzahl: Land:
↓ A		↓ B																																																						
<input type="checkbox"/> 1	parkte/hielt	<input type="checkbox"/> 1																																																						
<input type="checkbox"/> 2	verließ einen Parkplatz/ öffnete eine Wagen tür	<input type="checkbox"/> 2																																																						
<input type="checkbox"/> 3	parkte ein	<input type="checkbox"/> 3																																																						
<input type="checkbox"/> 4	verließ einen Parkplatz/ ein privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/> 4																																																						
<input type="checkbox"/> 5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	<input type="checkbox"/> 5																																																						
<input type="checkbox"/> 6	fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 6																																																						
<input type="checkbox"/> 7	fuhr in einen Kreisverkehr	<input type="checkbox"/> 7																																																						
<input type="checkbox"/> 8	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf	<input type="checkbox"/> 8																																																						
<input type="checkbox"/> 9	fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	<input type="checkbox"/> 9																																																						
<input type="checkbox"/> 10	wechselte die Kolonne	<input type="checkbox"/> 10																																																						
<input type="checkbox"/> 11	überholte	<input type="checkbox"/> 11																																																						
<input type="checkbox"/> 12	bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/> 12																																																						
<input type="checkbox"/> 13	bog nach links ab	<input type="checkbox"/> 13																																																						
<input type="checkbox"/> 14	setzte zurück	<input type="checkbox"/> 14																																																						
<input type="checkbox"/> 15	wechselte auf die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/> 15																																																						
<input type="checkbox"/> 16	kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/> 16																																																						
<input type="checkbox"/> 17	hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/> 17																																																						
7. Fahrzeug <table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:50%;">Kraftfahrzeug</th> <th style="width:50%;">Anhänger</th> </tr> <tr> <td>Marke, Typ</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Amtliches Kennzeichen</td> <td>Amtliches Kennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Land der Zulassung</td> <td>Land der Zulassung</td> </tr> </table>	Kraftfahrzeug	Anhänger	Marke, Typ	-	Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen	Land der Zulassung	Land der Zulassung	7. Fahrzeug <table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:50%;">Kraftfahrzeug</th> <th style="width:50%;">Anhänger</th> </tr> <tr> <td>Marke, Typ</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Amtliches Kennzeichen</td> <td>Amtliches Kennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Land der Zulassung</td> <td>Land der Zulassung</td> </tr> </table>	Kraftfahrzeug	Anhänger	Marke, Typ	-	Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen	Land der Zulassung	Land der Zulassung	8. Versicherungsnehmer (siehe Versicherungsbescheinigung) Name: Vertragsnummer: Nummer der Grünen Karte: Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom: bis: Geschäftsstelle (Büro oder Makler): Name: Anschrift: Land: Telefon oder E-Mail: Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																						
Kraftfahrzeug	Anhänger																																																							
Marke, Typ	-																																																							
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen																																																							
Land der Zulassung	Land der Zulassung																																																							
Kraftfahrzeug	Anhänger																																																							
Marke, Typ	-																																																							
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen																																																							
Land der Zulassung	Land der Zulassung																																																							
9. Fahrer (siehe Führerschein) Name: Vorname: Geburtsdatum: Anschrift: Postleitzahl: Land: Telefon oder E-Mail: Führerschein-Nr.: Klasse (A, B, ...): Führerschein gültig bis:	13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls 4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen	8. Versicherungsnehmer (siehe Versicherungsbescheinigung) Name: Vertragsnummer: Nummer der Grünen Karte: Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom: bis: Geschäftsstelle (Büro oder Makler): Name: Anschrift: Land: Telefon oder E-Mail: Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																						
10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil → <div style="text-align: center;"> </div>	<table border="1" style="width:100%; height: 150px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> </tr> </table>				10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil → <div style="text-align: center;"> </div>																																																			
11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A	11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B	14. Eigene Bemerkungen																																																						
14. Eigene Bemerkungen	15. Unterschriften der Fahrer Unterschrift A Unterschrift B	14. Eigene Bemerkungen																																																						