ARVAL
BNP PARIBAS GROUP

Fax: +43/1/706 98 20-33 026

Unfallbericht

Keine Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadenregulierung.

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1.Tag des Unfalls	Uhrzeit	**2. Ort** (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	**3. Verletzte?** (auch leicht)

4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B	**5. Zeugen** (Name, Anschrift, Telefon; ***Insassen von A und B unterstreichen***)

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer

Name/ Firma:

Anschrift:

Telefon:

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

7. Fahrzeug

Marke, Typ:

Amtl. Kennzeichen:

In welchem Land zugelassen:

8. Versicherer

Vers.-Nr.:

Nr. der Grünen Karte:

Versicherungsaus-weis oder Grüne Karte

gültig bis:

Besteht eine Vollkaskoversicherung?

9. Fahrzeuglenker (siehe Führerscheindaten)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Adresse:

Führerschein-Nr.:

Klasse: ausgestellt durch:

gültig ab bis

(Für Omnibusse, Taxis usw.)

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

Fahrzeug parkte (auf der Straße)	1
fuhr aus der Parkstelle heraus	2
fuhr in eine Parkstelle hineien	3
fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oser einem Feldweg/Privatweg heraus	4
fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein	5
bog in einen Kreisverkehr ein	6
fuhr im Kreisverkehr	7
fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	8
fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	9
wechselte die Spur	10
überholte	11
bog rechts ab	12
bog links ab	13
setzte zurück	14
fuhr in die Gegenfahrbahn	15
kam von rechts	16
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. Straßenname

15. Unterschrift beider Lenker

A B

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer

Name/ Firma:

Anschrift:

Telefon:

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

7. Fahrzeug

Marke, Typ:

Amtl. Kennzeichen:

In welchem Land zugelassen:

8. Versicherer

Vers.-Nr.:

Nr. der Grünen Karte:

Versicherungsaus-weis oder Grüne Karte

gültig bis:

Besteht eine Vollkaskoversicherung?

9. Fahrzeuglenker (siehe Führerscheindaten)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Adresse:

Führerschein-Nr.:

Klasse: ausgestellt durch:

gültig ab bis

(Für Omnibusse, Taxis usw.)

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

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

B

Ich ermächtige ARVAL bzw. meinen Versicherer bzw. eine von diesen Institutionen beauftragte Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

* Name und Anschrift angeben