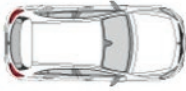


Unfallbericht

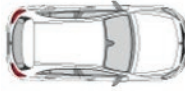
Mercedes-Benz

Sofort Unterstützung anfordern mit dem Mercedes-Benz Schadenhelfer*, der Service-Hotline** oder durch Betätigung der Telefon-/Schraubenschlüsseltaste. Mercedes-Benz hilft.

1. Tag des Unfalls	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein)	3. Verletzte? (auch leicht) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon; Insassen von A und B unterstreichen)	

Fahrzeug A	
6. Versicherungsnehmer Name: Vorname: Anschrift: Telefon:	
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7. Fahrzeug Marke, Typ: Amtl. Kennzeichen:	
8. Versicherer Versicherung: Vers.-Nr.: Agent: Nr. der grünen Karte:	
Versicherungsausweis oder grüne Karte:	Gültig bis:
Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9. Fahrer (siehe Führerscheindaten) Name: Vorname: Adresse: Führerschein-Nr.:	
Klasse:	ausgestellt durch:
gültig ab:	bis:
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)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 fuhr aus der Parkstelle heraus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 fuhr in eine Parkstelle hinein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 fuhr aus einem Parkplatz, aus einem Grundstück oder aus einem Feldweg/Privatweg heraus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 fuhr auf einen Parkplatz, bog in ein Grundstück oder einen Feldweg/Privatweg ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 bog in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 fuhr im Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 fuhr heckseitig auf ein anderes Fahrzeug auf, bei Fahrt in dieselbe Richtung und auf derselben Fahrspur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 fuhr in gleicher Richtung, aber auf einer anderen Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 überholte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 bog rechts ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 bog links ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 setzte zurück	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 kam von rechts	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht	<input type="checkbox"/>
—	Anzahl der angekreuzten Felder	—
13. Unfallskizze		
15. Unterschrift beider Fahrer A: B:		

Fahrzeug B	
6. Versicherungsnehmer Name: Vorname: Anschrift: Telefon:	
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7. Fahrzeug Marke, Typ: Amtl. Kennzeichen:	
8. Versicherer Versicherung: Vers.-Nr.: Agent: Nr. der grünen Karte:	
Versicherungsausweis oder grüne Karte:	Gültig bis:
Besteht eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9. Fahrer (siehe Führerscheindaten) Name: Vorname: Adresse: Führerschein-Nr.:	
Klasse:	ausgestellt durch:
gültig ab:	bis:
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.	
	
11. Sichtbare Schäden	
14. Bemerkungen	