

Unfallbericht

Bitte vollständig ausfüllen. Unvollständige oder unwahre Angaben können zum Verlust des Vertragsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.



Orange gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.

Schadentag: _____ Uhrzeit: _____
Unfallstelle (Ort, Straße): _____
Geschwindigkeit Fahrzeug A: _____ km/h Geschwindigkeit Fahrzeug B: _____ km/h
Polizeilich aufgenommen von (Dienststelle): _____
Aktenzeichen: _____ Wer wurde Gebührenpflichtig verwahrt? Fahrzeug A Fahrzeug B

Firmenfahrzeug (A)

Fahrzeugart: _____ km-Stand: _____
Hersteller-Typ: _____ Baujahr: _____
Amtliches Kennzeichen: _____
Name Fahrzeughalter: _____
Anschrift: _____
Name des Fahrers: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Führerschein: Klasse: _____ Listen-Nr.: _____
Ausstellungsdatum: _____
Ausstell. Behörde: _____
Leasingnummer _____
Mussten Sie ein Ersatzfahrzeug anmieten? Ja Nein
Hatte der Fahrer Alkohol getrunken? Ja Nein
Wurde eine Blutprobe entnommen? Ja Nein
Versicherer: _____
Versicherungsschein-Nr. _____
Besichtigungsort des Unfallfahrzeuges: _____
Weitere Beteiligten (amtl. Kennzeichen): _____
Halter: _____

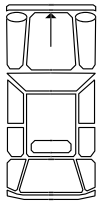
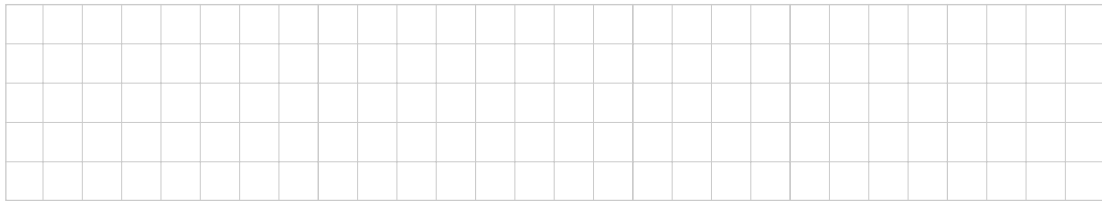
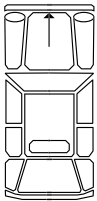
Unfallgegner (B)

Fahrzeugart: _____ km-Stand: _____
Hersteller-Typ: _____ Baujahr: _____
Amtliches Kennzeichen: _____
Name Fahrzeughalter: _____
Anschrift: _____
Vorsteuerabzugsfähig? Ja Nein
Name des Fahrers: _____
Telefon: _____
Hatte der Fahrer Alkohol getrunken? Ja Nein
Wurde eine Blutprobe entnommen? Ja Nein
Haftpflichtversichert bei: _____
Versicherungsschein-Nr.: _____
Besichtigungsort des Unfallfahrzeuges: _____
Versicherer: _____

Sichtbare Schäden bitte einkreisen:

Unfallskizze

Sichtbare Schäden bitte einkreisen:



Unfallschilderung: _____

Zeugen: Ja Nein Waren die Zeugen Insassen eines am Unfall beteiligten Fahrzeuges? Ja Nein

Name, Anschrift, Telefon: _____

Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass unwahre und bewusst unvollständige Angaben zur Versagung des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entstehen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift (Fahrer Firmenfahrzeug): _____

Bitte senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Formular an die Alphabet Fleetservices GmbH, Konrad-Zuse-Straße 1, 85716 Unterschleißheim, E-Mail: schaden-rent@alphabet.de