

VERKEHRsunfallbericht

1. Datum des Unfalls	Zeit	2. Ort:	Ort:	3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte
		Land:		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

4. Sachschäden an

anderen Fahrzeugen als A und B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	anderen Gegenständen als Fahrzeugen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
---	--

5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon

.....

.....

FAHRZEUG A

6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon oder E-mail:

12. UNFALLUMSTÄNDE

▼ Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren ▼

<p>A</p> <p><input type="checkbox"/> 1 * parkte / hielt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 * verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür</p> <p><input type="checkbox"/> 3 parkte ein</p> <p><input type="checkbox"/> 4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg</p> <p><input type="checkbox"/> 5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren</p> <p><input type="checkbox"/> 6 fuhr in einen Kreisverkehr ein</p> <p><input type="checkbox"/> 7 fuhr in einem Kreisverkehr</p> <p><input type="checkbox"/> 8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf</p> <p><input type="checkbox"/> 9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne</p> <p><input type="checkbox"/> 10 wechselte die Kolonne</p> <p><input type="checkbox"/> 11 überholte</p> <p><input type="checkbox"/> 12 bog nach rechts ab</p> <p><input type="checkbox"/> 13 bog nach links ab</p> <p><input type="checkbox"/> 14 setzte zurück</p> <p><input type="checkbox"/> 15 wechselte auf ein Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist</p> <p><input type="checkbox"/> 16 kam von rechts (auf einer Kreuzung)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet</p>	<p>B</p> <p><input type="checkbox"/> 1 * parkte / hielt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 * verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür</p> <p><input type="checkbox"/> 3 parkte ein</p> <p><input type="checkbox"/> 4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg</p> <p><input type="checkbox"/> 5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren</p> <p><input type="checkbox"/> 6 fuhr in einen Kreisverkehr ein</p> <p><input type="checkbox"/> 7 fuhr in einem Kreisverkehr</p> <p><input type="checkbox"/> 8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf</p> <p><input type="checkbox"/> 9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne</p> <p><input type="checkbox"/> 10 wechselte die Kolonne</p> <p><input type="checkbox"/> 11 überholte</p> <p><input type="checkbox"/> 12 bog nach rechts ab</p> <p><input type="checkbox"/> 13 bog nach links ab</p> <p><input type="checkbox"/> 14 setzte zurück</p> <p><input type="checkbox"/> 15 wechselte auf ein Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist</p> <p><input type="checkbox"/> 16 kam von rechts (auf einer Kreuzung)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet</p>
---	---

☐ ◀ Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an ▶ ☐

FAHRZEUG B

6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon oder E-mail:

7. Fahrzeug

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

7. Fahrzeug

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vertragsnummer:

Nummer der grünen Karte:

Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):

NAME:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein ja

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vertragsnummer:

Nummer der grünen Karte:

Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):

NAME:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein)

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

Führerschein gültig bis:

9. Fahrer (siehe Führerschein)

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

Führerschein gültig bis:

10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:

.....

.....

13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls 13.

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

10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:

.....

.....

14. Eigene Bemerkungen:

.....

.....

15. Unterschriften der Fahrer 15.

A B

14. Eigene Bemerkungen:

.....

.....

Die anhand des vorliegenden Berichts gesammelten Informationen werden zur Ermittlung des Schadensursachens genutzt. Ferner dienen sie zur Ergänzung des Schadensbescheides. Bitte geben Sie die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß an. Die Angaben sind für die Ermittlung der Haftung und der Höhe der Schadenersatzleistungen erforderlich. Die Angaben sind für die Ermittlung der Haftung und der Höhe der Schadenersatzleistungen erforderlich. Die Angaben sind für die Ermittlung der Haftung und der Höhe der Schadenersatzleistungen erforderlich.

<ul style="list-style-type: none"> PROTOKOLLIERENDE BEHÖRDE Wurde ein amtliches Protokoll aufgenommen? Durch wen? Protokollnummer: Ist beim Fahrer Ihres Fahrzeuges eine Blutentnahme oder ein anderer Alkohol- oder Drogentest vorgenommen? Oder von ihm verweigert worden? Die eventuell durch die Polizei zugeschickten Unterlagen müssen Ihrem Versicherer zugesendet werden. 	<p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p>ANDERE EVENTUELLE MITTEILUNGEN:</p>																																											
<ul style="list-style-type: none"> IHR FAHRZEUG: Fahrgestell Nr. Hubraum oder Kraft Art der Benutzung bei Eintritt des Schadenereignisses Datum und Farbe der Letzten seitens der Technischen Kontrolle ausgehändigten Kontrollkarte 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Privaatleben - Arbeitsweg - beruflich *</p> <p>.....</p>																																												
<ul style="list-style-type: none"> NAME UND ADRESSE DER REPARATURGARAGE: 	<p>.....</p> <p>.....</p>																																												
<ul style="list-style-type: none"> Ist Ihr Fahrzeug immobilisiert? 	<p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>																																												
<ul style="list-style-type: none"> ANHÄNGER IHRES FAHRZEUGS Marke, Typ Fahrgestell Nr. Zulässiges Höchstgewicht (Tara + Nutzlast) 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																												
<ul style="list-style-type: none"> FAHRER IHRES FAHRZEUGS Ist er Gewohnheitsfahrer ? In welcher Eigenschaft steuerte er ? Geburtsdatum? 	<p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Angestellter - Besitzer - Verwandter Freund - Garagist*</p> <p>.....</p>																																												
<ul style="list-style-type: none"> M.W.S. Beruf des Versicherungsnehmers des Fahrzeugs ? Seine Mehrwertsteuer-nummer ? Darf er die M.W.S. betreffs der beschädigten Gutes abziehen ? So ja 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>vollständig - teils* %</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Der Betrug oder Betrugsversuch gegenüber der Versicherungsgesellschaft kann gemäss Artikel 496 des Strafgesetzbuches strafrechtlich verfolgt werden.</p> </div>																																											
<ul style="list-style-type: none"> VERLETZTE (Name, Vorname, Anschrift, Telefon und wenn möglich auch Art der Verletzungen jedes Verletzten angeben) In Ihrem Fahrzeug: Im Fahrzeug des Dritten: Ausserhalb jedes Fahrzeuges: 																																													
<ul style="list-style-type: none"> ANDERE SACHSCHADEN als an den Fahrzeugen A und B (Art und Umfang) Namen und Adressen der Geschädigten: 																																													
<ul style="list-style-type: none"> HAFTPFLICHT: Wer ist, Ihrer Meinung nach, für den Unfall haftpflichtig ? Warum ? 																																													
<ul style="list-style-type: none"> ABGESCHLOSSENE VERSICHERUNGEN FÜR IHR FAHRZEUG: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>HAFTPFLICHT</th> <th>SACHSCHADEN</th> <th>BRAND</th> <th>DIEBSTAHL</th> <th>RECHTSSCHUTZ</th> <th>AUTO-INSASSEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Versicherungsgesellschaft Name</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsgesellschaft Name</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsgesellschaft Name</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsgesellschaft Name</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsgesellschaft Name</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsgesellschaft Name</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Versicherungsschein Nummer</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsschein Nummer</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsschein Nummer</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsschein Nummer</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsschein Nummer</td> <td style="text-align: left;">Versicherungsschein Nummer</td> </tr> </tbody> </table>						HAFTPFLICHT	SACHSCHADEN	BRAND	DIEBSTAHL	RECHTSSCHUTZ	AUTO-INSASSEN	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer																						
HAFTPFLICHT	SACHSCHADEN	BRAND	DIEBSTAHL	RECHTSSCHUTZ	AUTO-INSASSEN																																								
Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name																																								
Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer																																								
<ul style="list-style-type: none"> BESITZEN SIE NOCH EINEN DIESER UNFALLBERICHTE nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ausgefertigt zu am20 IHRE FINANZKONTONUMMER: Konto des Begünstigten (IBAN) <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> BIC Begünstigten <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 																																													

* Nichtzutreffendes streichen !

1. Datum des Unfalls	Zeit	2. Ort:	Ort:	3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte
		Land:		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

4. **Sachschäden an**

anderen Fahrzeugen als	anderen Gegenständen als
A und B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Fahrzeugen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

5. **Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon**

.....

.....

FAHRZEUG A

6. **Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon oder E-mail:

7. **Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. **Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vertragsnummer:

Nummer der grünen Karte:

Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):

NAME:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein ja

9. **Fahrer** (siehe Führerschein)

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

Führerschein gültig bis:

12. UNFALLUMSTÄNDE

▼ Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren ▼

A **Feld an, um die Skizze zu präzisieren** B

** Nichtzutreffendes streichen*

1 * parkte / hielt 1

2 * verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür 2

3 parkte ein 3

4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg 4

5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren 5

6 fuhr in einen Kreisverkehr ein 6

7 fuhr in einem Kreisverkehr 7

8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf 8

9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne 9

10 wechselte die Kolonne 10

11 überholte 11

12 bog nach rechts ab 12

13 bog nach links ab 13

14 setzte zurück 14

15 wechselte auf ein Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist 15

16 kam von rechts (auf einer Kreuzung) 16

17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet 17

◀ Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an ▶

FAHRZEUG B

6. **Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon oder E-mail:

7. **Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. **Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vertragsnummer:

Nummer der grünen Karte:

Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):

NAME:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein ja

9. **Fahrer** (siehe Führerschein)

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

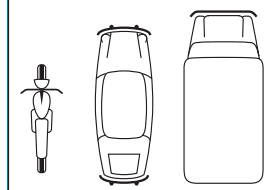
Führerschein gültig bis:

Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen
Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient

13. **Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls** 13.

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

10. **Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →**



11. **Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:**

.....

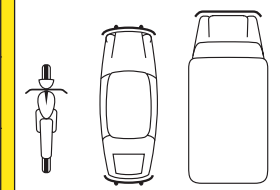
.....

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

10. **Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →**



11. **Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:**

.....

.....

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

15. **Unterschriften der Fahrer** 15.

A B

Die anhand des vorliegenden Berichts gesammelten Informationen werden zur Ermittlung des Schadensausmaßes und zur Klärung des Unfallgeschehens an die Versicherungsgesellschaft weitergegeben. Die Daten können in registrierte Datenbanken für besondere Risiken (SDI) der wirtschaftlichen Information (WIKI) übergeben werden. Die Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung des Schadensfalls verwendet. Die Weitergabe der Daten an Dritte ist untersagt. Die Weitergabe der Daten an Dritte ist untersagt. Die Weitergabe der Daten an Dritte ist untersagt.

<p>• PROTOKOLLIERENDE BEHÖRDE Wurde ein amtliches Protokoll aufgenommen? Durch wen? Protokollnummer: Ist beim Fahrer Ihres Fahrzeuges eine Blutentnahme oder ein anderer Alkohol- oder Drogentest vorgenommen? Oder von ihm verweigert worden? Die eventuell durch die Polizei zugeschickten Unterlagen müssen Ihrem Versicherer zugesendet werden.</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
.....									
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
<p>• IHR FAHRZEUG: Fahrgestell Nr. Hubraum oder Kraft Art der Benutzung bei Eintritt des Schadenereignisses Datum und Farbe der Letzten seitens der Technischen Kontrolle ausgehändigten Kontrollkarte</p>	<p>.....</p> <p>Privatleben - Arbeitsweg - beruflich *</p> <p>.....</p>								
<p>• NAME UND ADRESSE DER REPARATURGARAGE:</p> <p>Ist Ihr Fahrzeug immobilisiert?</p>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>								
<p>• ANHÄNGER IHRES FAHRZEUGS Marke, Typ Fahrgestell Nr. Zulässiges Höchstgewicht (Tara + Nutzlast)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>								
<p>• FAHRER IHRES FAHRZEUGS Ist er Gewohnheitsfahrer ? In welcher Eigenschaft steuerte er ? Geburtsdatum?</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Angestellter - Besitzer - Verwandter</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Freund - Garagist*</td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angestellter - Besitzer - Verwandter		Freund - Garagist*	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
Angestellter - Besitzer - Verwandter									
Freund - Garagist*									
.....									
<p>• M.W.S. Beruf des Versicherungsnehmers des Fahrzeugs ? Seine Mehrwertsteuer-nummer ? Darf er die M.W.S. betreffs der beschädigten Gutes abziehen ? So ja</p>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>vollständig - teils* %</p>								

ANDERE EVENTUELLE MITTEILUNGEN:

.....

.....

Der Betrug oder Betrugsversuch gegenüber der Versicherungsgesellschaft kann gemäss Artikel 496 des Strafgesetzbuches strafrechtlich verfolgt werden.

• **VERLETZTE** (Name, Vorname, Anschrift, Telefon und wenn möglich auch Art der Verletzungen jedes Verletzten angeben)

In Ihrem Fahrzeug:

.....

.....

.....

Im Fahrzeug des Dritten:

.....

.....

Ausserhalb jedes Fahrzeuges:

.....

.....

• **ANDERE SACHSCHADEN** als an den Fahrzeugen A und B (Art und Umfang)

.....

.....

Namen und Adressen der Geschädigten:

.....

• **HAFTPFLICHT:** Wer ist, Ihrer Meinung nach, für den Unfall haftpflichtig ? Warum ?

.....

.....

• **ABGESCHLOSSENE VERSICHERUNGEN FÜR IHR FAHRZEUG:**

HAFTPFLICHT	SACHSCHADEN	BRAND	DIEBSTAHL	RECHTSSCHUTZ	AUTO-INSASSEN
Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name	Versicherungsgesellschaft Name
Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer	Versicherungsschein Nummer

• **BESITZEN SIE NOCH EINEN DIESER UNFALLBERICHTE** nein ja Ausgefertigt zu am20

• **IHRE FINANZKONTONUMMER:**

Konto des Begünstigten (IBAN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC Begünstigten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift

* Nichtzutreffendes streichen !

Wenn es neben den Schaden an Fahrzeuge A und B Sachschaden gegeben hat, notieren Sie hier den Namen, die Anschrift, usw.

Wenn es Verletzte gegeben hat, notieren Sie hier deren Name, Vornamen, Anschrift, Telefonnr. und, wenn möglich die Art Ihrer Verletzungen.

Diese Angaben sind dann in die auszufüllende Unfall-Anzeige (Rückseite der Unfall-Feststellung zu übertragen).

- In Ihrem Fahrzeug:

- Im Fahrzeug des Dritten:

- Ausserhalb jedes Fahrzeugs:

- Andere Sachschäden als an Fahrzeugen A und B:

Gebrauchsanweisung für den Unfallbericht - Schadenanzeige

Dieser Unfallbericht entspricht dem vom Comité Européen des Assurances (C.E.A.) genehmigten Vordruck

Bei jedem Verkehrsunfall zu verwenden.

Ein Unfall - was tun?

- Ist jemand verletzt:
 - Wenn die Art der Verletzungen es erfordert, rufen Sie die Nr. 112 an; diese wird die Hilfsdienste und die Polizei benachrichtigen.
 - Rufen Sie sofort die Polizei herbei - obligatorisch durch das Gesetz - wenn die Art der Verletzungen das Anrufen der Nr. 112 erfordert.
 - Notieren Sie auf der Innenseite des Umschlags Name, Adresse und Telefon der verletzten Personen bevor diese die Unfallstelle verlassen.
- **Bei Sachschaden ohne Verletzte:**
 - Falls Sie den Verkehr hindern, sollen Sie dem Verkehrsreglement gemäss Ihr Fahrzeug so bald wie möglich versetzen. Aus Vorsicht jedoch zeichnen Sie die 4 Ecken der Fahrzeuge mit Kreide oder dergleichen ab. Notieren Sie ebenfalls die eventuellen Bremsspuren, den abgefallenen Schlamm oder die Glasscherben. Fotos sind immer nützlich.
 - Rufen Sie die Polizei herbei wenn Sie der Meinung sind dies sei wichtig für Sie, zum Beispiel wenn der andere Fahrer sich weigert eine Wiedergabe des Unfallherganges zu geben oder die Feststellung zu unterzeichnen.

Wie ist dieses Unfallprotokoll auszufüllen?

- Auf dem Unfallplatz:
 1. **Verwenden Sie nur eine Garnitur** für 2 beteiligte Fahrzeuge (2 für 3 beteiligte Fahrzeuge usw.). **Es spielt keine Rolle, wer sie liefert oder ausfüllt.** Verwenden Sie einen Kugelschreiber, füllen Sie - wenn möglich - aus auf einen harten Untergrund, so dass die Kopien leserlich werden.
 2. **Beachten Sie** beim Ausfüllen folgendes:
 - Beziehen Sie sich bei der Antwort auf die Fragen a) gemäss Ziff. 8 auf Ihre Versicherungsdokumente und b) gemäss Ziff. 9 Ihren Führerschein.
 - Bezeichnen Sie genau den Punkt des Zusammenstosses (Ziff. 10)
 - Bezeichnen Sie mit einem Kreuz jene Varianten (1 - 17) die auf Ihren Unfall zutreffen (Ziff. 12) und geben Sie am Schluss die Zahl der von Ihnen bezeichneten Felder an.
 - Stellen Sie eine Unfallskizze her (Ziff. 13).
 3. Erwähnen Sie allfällige Unfallzeugen, indem Sie Namen und Adressen angeben, insbesondere bei Meinungsverschiedenheiten mit den an der Kollision Beteiligten.
 4. **Unterschreiben Sie das Unfallprotokoll und lassen Sie es auch durch den anderen Lenker unterzeichnen.**
- **Zu hause:**
 - Übergeben Sie ihm eins der Exemplare und behalten Sie selber das andere.
 - Beachten Sie die Fragen auf der Rückseite des Originals.
 - Es handelt sich um die Schadenanzeige, die Ihr Versicherer benötigt.
 - Vergessen Sie nicht anzugeben wo und wann Ihr Fahrzeug durch den Experten besichtigt werden kann.
- **Besitz Ihr Unfallpartner dasselbe vom Comité Européen des Assurances genehmigte Formular:**
 - Verändern Sie **auf keinen Fall** den Unfallbericht auf der Vorderseite.
 - Besitzt Ihr Unfallpartner dasselbe, vom Comité Européen des Assurances genehmigte Formular, aber in einer anderen Sprache, so denken Sie daran dass die Formulare gleich sind. Sie können deshalb den wesentlichen Inhalt von Ziffer zu Ziffer an Grund Ihres eigenen Formulars übersetzen. Zu diesem Zwecke sind die einzelnen Fragen nummeriert.
 - Das vorliegende Formular dient auch für Unfälle ohne Drittschäden, bei Kaskoversicherung, zum Beispiel bei Sachschäden am eigenen Fahrzeug, Diebstahl, Feuer.

Legen Sie das neue Formularheftchen sofort in den Handschuhkasten Ihres Fahrzeuges.

Europäischer

Unfallbericht

Sich nicht ärgern

Höflich bleiben

Ruhe bewahren

Bitte beachten Sie die Gebrauchsanweisung