

Unfallbericht

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

Von BEIDEN Fahrzeuglenkern zu unterzeichnen.

1. Unfalldatum	Uhrzeit _____	2. Ort (Land, Ortschaft, Strasse)	3. Verletzte ? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> *
4. Andere Sachschäden als an Fahrzeugen A und B ? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> *		5. Zeugen : Name, Adresse, Telefon (Insassen von A und B unterstreichen)	

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer
(siehe Versicherungsschein)
Name (Druckschrift) _____
Vorname _____
Adresse (Str./Nr.) _____
Ort (+ Postnummer) _____
Telefon (von 9 bis 17 Uhr) _____
Besteht Berechtigung zur Mehrwertsteuerabzug ?
Nein Ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherungsgesellschaft
Policennummer _____
Agent _____
Grüne Karte Nr. (nur für Ausländer) _____
Gültig bis _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung ?
Nein Ja

9. Fahrzeuglenker (siehe Führerschein)
Name (Druckschrift) _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein Nr. _____
Klasse (A, B,...) _____ ausgestellt durch _____
Ausstellungsdatum _____

12. Umstände

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1	Fahrzeug war abgestellt	<input type="checkbox"/>
2	Setzte sich im Fahrt	<input type="checkbox"/>
3	Hielt an (wurde abgestellt)	<input type="checkbox"/>
4	Fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg hinaus	<input type="checkbox"/>
5	Bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg hinein	<input type="checkbox"/>
6	Bog in einen Kreisverkehr hinein	<input type="checkbox"/>
7	Fuhr im Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>
8	Fuhr auf	<input type="checkbox"/>
9	Fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	<input type="checkbox"/>
10	Wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>
11	Oberholte	<input type="checkbox"/>
12	Bog rechts ab	<input type="checkbox"/>
13	Bog links ab	<input type="checkbox"/>
14	Fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>
15	Fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>
16	Kam von rechts (in einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/>
17	Beachtete Vorfahrtszeichen nicht	<input type="checkbox"/>

← Anzahl angekreuzte Felder →

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer
(siehe Versicherungsschein)
Name (Druckschrift) _____
Vorname _____
Adresse (Str./Nr.) _____
Ort (+ Postnummer) _____
Telefon (von 9 bis 17 Uhr) _____
Besteht Berechtigung zur Mehrwertsteuerabzug ?
Nein Ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherungsgesellschaft
Policennummer _____
Agent _____
Grüne Karte Nr. (nur für Ausländer) _____
Gültig bis _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung ?
Nein Ja

9. Fahrzeuglenker (siehe Führerschein)
Name (Druckschrift) _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein Nr. _____
Klasse (A, B,...) _____ ausgestellt durch _____
Ausstellungsdatum _____

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstosses (→)





11. Sichtbare Schäden

13. Unfallskizze

Bezeichnen sie : 1 Strassen, - 2 Richtung der Fahrzeuge A u. B. - 3 Ihre Position im Moment des Zusammenstosses - 4 Signalisation - 5 Strassennamen

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstosses (→)





11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Unterschrift der Fahrzeuglenker.

A

14. Bemerkungen

* Falls Verletzte oder falls andere Sachschäden als an Fahrzeugen A und B, bitte Identität und Adresse angeben.

Nach Unterschrift und Trennung der Unfallberichte für beide Fahrzeuglenker nichts mehr ändern.

Siehe rückseitig Unfallanzeige des Versicherten. →

UNFALLANZEIGE

Vom Versicherten auszufüllen und sofort dem Versicherer zu übermitteln.

ANDERE EVENTUELLE MITTEILUNGEN:

<p>● PROTOKOLLIERENDE BEHÖRDE Wurde ein amtliches Protokoll aufgenommen? Durch wen? Protokollnummer: Ist beim Fahrer Ihres Fahrzeugs eine Blutentnahme oder ein anderer Alkoholtest vorgenommen? Oder von ihm verweigert worden?</p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>● IHR FAHRZEUG Fahrgestell Nr. Hubraum oder Kraft Art der Benutzung bei Eintritt des Schadenereignisses Datum und Farbe der letzten seitens der Technischen Kontrolle ausgehändigte Kontrollkarte</p>	<p>Privatleben - Arbeitsweg - beruflich *</p>
<p>● NAME UND ADRESSE DER REPARATURGARAGE: Ist Ihr Fahrzeug immobilisiert?</p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>● ANHÄNGER IHRES FAHRZEUGS Marke, Typ Fahrgestell Nr. Zulässiges Höchstgewicht (Tara + Nutzlast)</p>	
<p>● FAHRER IHRES FAHRZEUGS Ist er Gewohnheitsfahrer? In welcher Eigenschaft steuerte er? Geburtsdatum?</p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Angestellter - Besitzer - Verwandter Freund - Garagist *</p>
<p>● M.W.S. Beruf des Versicherungsnehmers des Fahrzeugs? Seine Mehrwertsteuer-nummer? Darf er die M.W.S. betreffs des beschädigten Gutes abziehen? So ja</p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>vollständig - teils * %</p>

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

In Ihrem Fahrzeug

.....

.....

.....

Im Fahrzeug des Dritten

.....

.....

Ausserhalb jedes Fahrzeugs

.....

.....

● 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 am 19

● IHRE FINANZKONTONUMMER:

Unterschrift

* Zutreffendes umranden!