UNFALLBERICHT - SCHADENSANZEIGE

(Art. 5 Ges.-Dekr. nr. 857/1976 umgewandelt in das Gesetz Nr. 39/1977)

Falls von beiden lenkern unterzeichnet, wirkt sie laut art.

1. Tag des Unfalles | Uhrzeit | **2. Ort** (Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer) | **3. Verletzte?** auch wenn leicht nein ☐ ja ☐ *

4. Sachschäden an anderen Fahrzeugen als A oder B nein ☐ ja ☐ * | Andere Sachschäden als an Fahrzeugen nein ☐ ja ☐ *

5. Zeugen: Name und Vorname, Anschrift, Telephon (Geben Sie bitte, an, ob die Insassen sich im Fahrzeug A oder B befinden)

Fahrzeug A

6. Versicherungsnehmer/Versicherter *(siehe Versicherungsbescheinigung)*

Name (Blockschrift)
Vorname
Steuernummer/UStID-Nummer
Adresse *(Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)*
PLZ Staat
Tel.nr. oder e-mail

7. Fahrzeug

Kraft-Fahrzeug	Anhänger
Marke, Typ	
Behördl. Kennzeichen oder Fahrgestellnummer	Behördl. Kennzeichen oder Fahrgestellnummer
Zulassungsstaat	Zulassungsstaat

8. Versicherungsgesellschaft *(siehe Versicherungsbescheinigung)*

Name
Police-nr.
Nr. der Grünen Karte
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte
Gültig von bis
Versicherungsagentur (bzw. Büro oder Vertreter)
Name
Adresse
Staat
Tel.nr. oder e-mail
Besteht eine Vollkasko-Versicherung? nein ☐ ja ☐

9. Fahrzeuglenker *(Prüfen Sie bitte Ihren Führerschein)*

Name (Blockschrift)
Vorname
Geburtsdatum
Steuernummer
Adresse *(Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)*
Staat
Tel.nr. oder e-mail
Führerscheinnr.
Klasse (A, B, ...) gültig bis

10. Bezeichnen Sie durch (➻) einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

A

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

1	Fahrzeug hielt an war abgestellt	1
2	Setzte sich in Fahrt Öffnete eine Tür	2
3	beim Parken	3
4	fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus	4
5	bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg ein	5
6	bog in einen Kreisverkehr ein	6
7	fuhr im Kreisverkehr	7
8	fuhr auf ein in gleicher Richtung und Spur vorfahrendes Fahrzeug auf	8
9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	9
10	wechselte die Spur	10
11	überholte	11
12	bog rechts ab	12
13	bog links ab	13
14	fuhr rückwärts	14
15	fuhr in die Gegenfahrbahn	15
16	kam von rechts	16
17	beachtete Vorfahrtszeichen oder rote Ampel nicht	17

Anzahl der angekreuzten Felder

Dieses Dokument stellt keine Schuldanerkenntnis dar sondern eine Wiedergabe des Unfallhergangs und der beteiligten Personen zur schnelleren Schadensregulierung.

13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1) Straßen 2) Richtung der Fahrzeuge A und B 3) Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4) Straßenschilder 5) Straßennamen

15. Unterschrift der Fahrzeuglenker

A B

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern.

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer/Versicherter *(siehe Versicherungsbescheinigung)*

Name (Blockschrift)
Vorname
Steuernummer/UStID-Nummer
Adresse *(Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)*
PLZ Staat
Tel.nr. oder e-mail

7. Fahrzeug

Kraft-Fahrzeug	Anhänger
Marke, Typ	
Behördl. Kennzeichen oder Fahrgestellnummer	Behördl. Kennzeichen oder Fahrgestellnummer
Zulassungsstaat	Zulassungsstaat

8. Versicherungsgesellschaft *(siehe Versicherungsbescheinigung)*

Name
Police-nr.
Nr. der Grünen Karte
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte
Gültig von bis
Versicherungsagentur (bzw. Büro oder Vertreter)
Name
Adresse
Staat
Tel.nr. oder e-mail
Besteht eine Vollkasko-Versicherung? nein ☐ ja ☐

9. Fahrzeuglenker *(Prüfen Sie bitte Ihren Führerschein)*

Name (Blockschrift)
Vorname
Geburtsdatum
Steuernummer
Adresse *(Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)*
Staat
Tel.nr. oder e-mail
Führerscheinnr.
Klasse (A, B, ...) gültig bis

10. Bezeichnen Sie durch (➻) einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

B

★ im Falle von Personenschäden oder Sachschäden an anderen Objekten als den Fahrzeugen A und B, bitte auf der Rückseite der Schadensmeldung Name und Adresse der Geschädigten angeben.

Sehen Sie auf der Rückseite die Angaben des Versicherungsnehmers. ➡

Weitere Angaben

erforderlich nach Art. 2 Ziffer 5 Satz 4 des Gesetzes vom 26. Mai 2000 nr. 137 und nachfolgenden Regelungen Isvap n. 01764 vom 21. Dezember 2000

Ist eine behördliche Aufnahme erfolgt? ja ☐ nein ☐

Durch wen? CC ☐ P.S. ☐ VV.UU. ☐

Fahrzeug A

Behördl. Kennzeichen _____

Zeuge

Name und Vorname _____
Steuernummer _____
Adresse _____
_____ Tel. _____

Zeuge

Name und Vorname _____
Steuernummer _____
Adresse _____
_____ Tel. _____

Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten)

Name und Vorname oder Firmenname _____

Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____

PLZ _____ Kreis _____

Geburtsort und-datum _____

Steuernummer/UStID-Nummer _____

Verletzter *(nur ein Feld ankreuzen)*

Fahrzeuglenker ☐ **Beifahrer** ☐ **Fussgänger** ☐

Name und Vorname _____

Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____

Geburtsort und-datum _____

Steuernummer _____

Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen ja ☐ nein ☐
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____
Gemeinde _____

Verletzter *(nur ein Feld ankreuzen)*

Fahrzeuglenker ☐ **Beifahrer** ☐ **Fussgänger** ☐

Name und Vorname _____

Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____

Geburtsort und-datum _____

Steuernummer _____

Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen ja ☐ nein ☐
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____
Gemeinde _____

Fahrzeug B

Behördl. Kennzeichen _____

Zeuge

Name und Vorname _____
Steuernummer _____
Adresse _____
_____ Tel. _____

Zeuge

Name und Vorname _____
Steuernummer _____
Adresse _____
_____ Tel. _____

Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten)

Name und Vorname oder Firmenname _____

Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____

PLZ _____ Kreis _____

Geburtsort und-datum _____

Steuernummer/UStID-Nummer _____

Verletzter *(nur ein Feld ankreuzen)*

Fahrzeuglenker ☐ **Beifahrer** ☐ **Fussgänger** ☐

Name und Vorname _____

Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____

Geburtsort und-datum _____

Steuernummer _____

Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen ja ☐ nein ☐
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____
Gemeinde _____

Verletzter *(nur ein Feld ankreuzen)*

Fahrzeuglenker ☐ **Beifahrer** ☐ **Fussgänger** ☐

Name und Vorname _____

Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____

Geburtsort und-datum _____

Steuernummer _____

Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen ja ☐ nein ☐
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____
Gemeinde _____