



Bitte Vorder- und Rückseite vollständig ausfüllen.

VERKEHRsunfall-BERICHT

Blatt 4/4

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

4. Sachschäden an	5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon
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"/>	

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 präsentieren
** Nichtzutreffendes streichen*

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

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

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

13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls
 Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren · 2. die Fahrrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) · 3. Ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls · 4. die Verkehrszeichen · 5. die Strassennamen

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

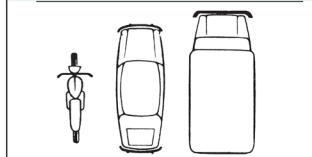
8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)

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: _____

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



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A

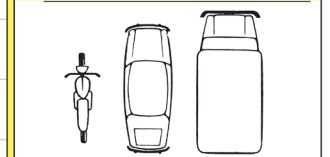
14. Eigene Bemerkungen

15. Unterschriften der Fahrer

A

B

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



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B

14. Eigene Bemerkungen

Ergänzende Angaben für die Schadenanzeige

16. bei Beschädigung der Fahrzeuge A und B:

Wo können besichtigt werden

Fahrzeug A _____
 ab wann? _____ vermutl. Schadenhöhe _____

Fahrzeug B _____
 ab wann? _____ vermutl. Schadenhöhe _____

17. bei Sachschäden, die nicht die Fahrzeuge A und B betreffen:

Namen, Vornamen, Adressen, Tel. Nr. der Geschädigten; vermutliche Schadenhöhe

a) _____
 b) _____
 c) _____

18. bei Verletzten:

Namen, Vornamen, Adressen, Tel. Nr. der Geschädigten; Art der Verletzungen

a) _____
 b) _____
 c) _____

19. über den Lenker Ihres Fahrzeuges:

Tag, Monat, Jahr

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Führte er das Fahrzeug mit Ihrer Einwilligung? Nein Ja War ihm das Fahrzeug ausgemietet? Nein Ja

20. über die Verschuldensfrage:

Halten Sie sich bzw. den Lenker Ihres Fahrzeuges für allein schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

21. betreffend polizeiliche Tatbestandsaufnahme:

Amtliche Tatbestandsaufnahme Nein Ja Durch wen? _____

22. betreffend Rechtsschutzversicherung:

Sind Sie rechtsschutzversichert? Nein Ja Wo? _____

23. Bemerkungen:

Der Unterzeichnete ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers: _____

1. Blatt: für Haftpflichtversicherung Fahrzeug A
 2. Blatt: für Haftpflichtversicherung Fahrzeug B
 3. Blatt: für Halter Fahrzeug B
 Umschlag: für Halter Fahrzeug A

Dieses Formular wurde überreicht durch:



Arval (Schweiz) AG, Rotkreuz