



# VERKEHRsunfall-BERICHT

Blatt 4/4

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

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

## 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*

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

**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**

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

**11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B**

**14. Eigene Bemerkungen**

A

B

## 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:

nationale  
suisse

Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft AG, Basel