



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

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

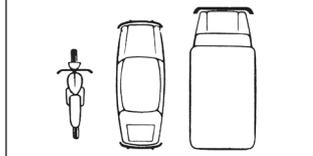
8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)

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: _____

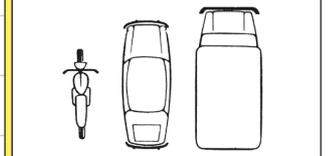
10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A

14. Eigene Bemerkungen

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

_____ **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:



Arval (Schweiz) AG, Rotkreuz