

# UNFALLBERICHT - SCHADENSANZEIGE

(Art. 143 D.Lgs. Nr. 209, 2005)  
"Privatversicherungsgesetz")

Die gemeinsame Unterschrift der beiden Fahrzeuglenker bewirkt das Inkrafttreten von Art. 148 Absatz 1, D.Lgs. Nr. 209, 2005 und Art. 8 Absatz 2, Bst. c), D.P.R. Nr. 254, 2006.

<b>1. Tag</b> des Unfalles	Uhrzeit	<b>2. Ort</b> (Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)	<b>3. Verletzte?</b> auch wenn leicht <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> *
<b>4. Sachschäden</b> an anderen Fahrzeugen als A oder B <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> *		Andere Sachschäden als an Fahrzeugen <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> *	
<b>5. Zeugen:</b> Name und Vorname, Anschrift, Telephon (Geben Sie bitte, an, ob die Insassen sich im Fahrzeug A oder B befinden)			

**Fahrzeug A**

A

**6. Versicherungsnehmer/Versicherter**  
*(siehe Versicherungsbescheinigung)*

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

**7. Fahrzeug**

Kraft-Fahrzeug	Anhänger
Marke, Typ _____	_____
Behörtl. Kennzeichen oder Fahrgestellnummer _____	Behörtl. 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)  
Eisendle Versicherungen  
Name ---  
Adresse Leonardo da Vinci Str. 20/B  
39100 Bozen (BZ) Staat IT  
Tel.nr. oder e-mail 0471979386 - sinistri@eisendle.it  
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 \_\_\_\_\_

**12. Bitte Zutreffendes ankreuzen**

1	Fahrzeug hielt an war abgestellt	1
2	Setzte sich in Fahrt Offnete 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 Schuldanerkennung dar sondern eine Wiedergabe des Unfallhergangs und der beteiligten Personen zur schnelleren Schadensregulierung.

**Fahrzeug B**

B

**6. Versicherungsnehmer/Versicherter**  
*(siehe Versicherungsbescheinigung)*

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

**7. Fahrzeug**

Kraft-Fahrzeug	Anhänger
Marke, Typ _____	_____
Behörtl. Kennzeichen oder Fahrgestellnummer _____	Behörtl. 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**

**13. Unfallskizze**

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

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

**11. Sichtbare Schäden**

**14. Bemerkungen**

**15. Unterschrift der Fahrzeuglenker**

A B

**14. Bemerkungen**

\* 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.

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern.

Sehen Sie auf der Rückseite die Angaben des Versicherungsnehmers. →

# Weitere Angaben

entsprechend Art. 135 D.Lgs Nr. 209, 2005 "Privatversicherungsgesetz"

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/USID-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/USID-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 \_\_\_\_\_

## SCHADENSANZEIGE HAFTPFLICHT GEGENÜBER DRITTEN (FAHRZEUGE)

UNFALLSORT:		BEHÖRDLICHE AUFNAHME?	ja	nein	C.C.	PS.	VV.UU.	DIENSTSTELLE		WURDE EIN PROTOKOLL AUFGENOMMEN?	ja	nein
UNFALLSDATUM:		WURDE JEMAND VERWÄRT?	ja	nein	WER?			WARUM?				
ZEUGEN		NAME UND VORNAME			ANSCHRIFT				TELEF. NR.	INSASSEN VERS.-FAHRZEUGES		
	1									ja	nein	
	2									ja	nein	
	3									ja	nein	
PERSONEN		NAME UND VORNAME		ART DER VERLETZUNGEN		ANSCHRIFT			TELEF. NR.	INSASSEN VERS.-FAHRZEUGES		
										ja	nein	
										ja	nein	
										ja	nein	
GESCHÄDIGTE DRIT. PERSONEN SACHEN ODER TIERE		FAHRZEUG		EIGENTÜMER DES FAHRZEUGES								
		TYP	KENNZEICHEN	NAME UND VORNAME			ANSCHRIFT			TELEF. NR.		
	1											
	2											
	3											

Unfallschilderung:

Hat der Versicherungsnehmer Sachschäden erlitten? \_\_\_\_\_ Verletzungen? \_\_\_\_\_ Will er seine Ersatzansprüche dem Gegner gegenüber geltend machen? \_\_\_\_\_

Datum der Schadensanzeige \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. des Fahrers. \_\_\_\_\_