

# 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"/> nein <input type="checkbox"/> ja *
<b>4. Sachschäden</b> an anderen Fahrzeugen als A oder B <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja *		Andere Sachschäden als an Fahrzeugen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja *	
<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)  
**Rottonara & Debiasi OHG - Allianz**

Name \_\_\_\_\_  
Adresse **Peter-Mayr-Straße 10**  
**39042 Brixen (BZ)** Staat **IT**  
Tel.nr. oder e-mail **0472 835 501 - info@rda.bz**  
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**

**14. Bemerkungen**

**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**

\* 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 _____	
<b>Zeuge</b>	
Name und Vorname _____	
Steuernummer _____	
Adresse _____	
_____ Tel. _____	
<b>Zeuge</b>	
Name und Vorname _____	
Steuernummer _____	
Adresse _____	
_____ Tel. _____	
<b>Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten)</b>	
Name und Vorname oder Firmenname _____	
Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____	
PLZ _____ Kreis _____	
Geburtsort und-datum _____	
Steuernummer/UStID-Nummer _____	
<b>Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)</b>	
<b>Fahrzeuglenker</b> <input type="checkbox"/> <b>Beifahrer</b> <input type="checkbox"/> <b>Fussgänger</b> <input type="checkbox"/>	
Name und Vorname _____	
Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____	
Geburtsort und-datum _____	
Steuernummer _____	
Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____	
Gemeinde _____	
<b>Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)</b>	
<b>Fahrzeuglenker</b> <input type="checkbox"/> <b>Beifahrer</b> <input type="checkbox"/> <b>Fussgänger</b> <input type="checkbox"/>	
Name und Vorname _____	
Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____	
Geburtsort und-datum _____	
Steuernummer _____	
Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____	
Gemeinde _____	

Fahrzeug B	
Behördl. Kennzeichen _____	
<b>Zeuge</b>	
Name und Vorname _____	
Steuernummer _____	
Adresse _____	
_____ Tel. _____	
<b>Zeuge</b>	
Name und Vorname _____	
Steuernummer _____	
Adresse _____	
_____ Tel. _____	
<b>Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten)</b>	
Name und Vorname oder Firmenname _____	
Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____	
PLZ _____ Kreis _____	
Geburtsort und-datum _____	
Steuernummer/UStID-Nummer _____	
<b>Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)</b>	
<b>Fahrzeuglenker</b> <input type="checkbox"/> <b>Beifahrer</b> <input type="checkbox"/> <b>Fussgänger</b> <input type="checkbox"/>	
Name und Vorname _____	
Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____	
Geburtsort und-datum _____	
Steuernummer _____	
Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____	
Gemeinde _____	
<b>Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)</b>	
<b>Fahrzeuglenker</b> <input type="checkbox"/> <b>Beifahrer</b> <input type="checkbox"/> <b>Fussgänger</b> <input type="checkbox"/>	
Name und Vorname _____	
Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) _____	
Geburtsort und-datum _____	
Steuernummer _____	
Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name des Erste-Hilfe-Dienstes _____	
Gemeinde _____	

## SCHADENSANZEIGE HAFTPFLICHT GEGENÜBER DRITTEN (FAHRZEUGE)

UNFALLSORT:		BEHÖRDLICHE AUFNAHME?		ja	nein	C.C.	P.S.	V.V.U.U.	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 DRITTPERSONEN 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.** \_\_\_\_\_