

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.

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

Fahrzeug 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)
 Assiconsult GmbH
 Name _____
 Adresse **Esperantostr. 1**
39100 Bozen (BZ) Staat **IT**
 Tel.nr. oder e-mail **0471069900 - info@assiconsult.com**
 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

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

B

* 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. _____