

UNFALLBERICHT

Wenn das Formular gleichzeitig von den beiden Autofahrern unterschrieben worden ist, hat es die Wirkung des Art. 148, Absatz 1, des italienischen Gesetzesdekrets Nr. 209 von 2005 und des Art. 8, Absatz 2, Buchstabe c), Dekret der italien. Republik Nr. 254 von 2006.

SCHADENSANZEIGE

Art. 143 des italienischen Gesetzesdekrets Nr. 209 des "Gesetzbuchs für private Versicherungen" von 2005

1. Tag des Unfalles	Uhrzeit	2. Ort (Gemeinde, Kreis, Ort)	3. Verletzte? auch wenn leicht ☐ nein ☐ ja *
4. Sachschäden an anderen Fahrzeugen als A oder B ☐ nein ☐ ja *		an anderen Gegenständen als Fahrzeugen ☐ nein ☐ ja *	
5. Zeugen: Name und Vorname, Anschrift, Telefon (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/MwSt. Nummer _____

Adresse (Gemeinde, Provinz, Strasse und Hausnummer) _____

PLZ _____ Staat _____

Tel. Nr. oder E-mail _____

7. Fahrzeug

Fahrzeug	Anhänger
Marke, Typ _____	_____
Behördl. Kennzeichen bzw. Fahrgestellnummer _____	Behördl. Kennzeichen bzw. Fahrgestellnummer _____
Zulassungsland _____	Zulassungsland _____

8. Haftpflichtversicherungsgesellschaft

(siehe Versicherungsbescheinigung)

Bezeichnung _____

Policennummer _____

Nummer der grünen Karte _____

Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig von _____ bis _____

Agentur _____

Bezeichnung _____

Anschrift _____

_____ Staat _____

Tel. Nr. oder E-mail _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung? ☐ nein ☐ ja

9. Fahrzeuglenker (Prüfen Sie bitte Ihren Führerschein)

Name (Blockschrift) _____

Vorname _____

Anschrift _____

Steuernummer _____

Adresse (Gemeinde, Provinz, Strasse und Hausnummer) _____

_____ Staat _____

Tel. Nr. oder E-mail _____

Führerschein Nr _____

Kat. (A, B, ...) _____ gültig bis _____

12. Unfallumstände

Bitte das jeweils zutreffende Feld ankreuzen (x) (nicht zutreffenden Text bitte streichen)

1	Fahrzeug hielt an / war abgestellt
2	Setzte sich in Fahrt Öffnete eine Tür
3	beim Parken
4	fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus
5	bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg ein
6	bog in einem Kreisverkehr ein
7	fuhr im Kreisverkehr
8	fuhr auf ein in gleicher Richtung und Spur vorfahrendes Fahrzeug auf
9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur
10	wechselte die Spur
11	überholte
12	bog rechts ab
13	bog links ab
14	fuhr rückwärts
15	fuhr in die Gegenfahrbahn
16	kam von rechts
17	beachtete Vorfahrtszeichen oder rote Ampel nicht

← 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/MwSt. Nummer _____

Adresse (Gemeinde, Provinz, Strasse und Hausnummer) _____

PLZ _____ Staat _____

Tel. Nr. oder E-mail _____

7. Fahrzeug

Fahrzeug	Anhänger
Marke, Typ _____	_____
Behördl. Kennzeichen bzw. Fahrgestellnummer _____	Behördl. Kennzeichen bzw. Fahrgestellnummer _____
Zulassungsland _____	Zulassungsland _____

8. Haftpflichtversicherungsgesellschaft

(siehe Versicherungsbescheinigung)

Bezeichnung _____

Policennummer _____

Nummer der grünen Karte _____

Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig von _____ bis _____

Agentur _____

Bezeichnung _____

Anschrift _____

_____ Staat _____

Tel. Nr. oder E-mail _____

Besteht eine Vollkasko-Versicherung? ☐ nein ☐ ja

9. Fahrzeuglenker (Prüfen Sie bitte Ihren Führerschein)

Name (Blockschrift) _____

Vorname _____

Anschrift _____

Steuernummer _____

Adresse (Gemeinde, Provinz, Strasse und Hausnummer) _____

_____ Staat _____

Tel. Nr. oder E-mail _____

Führerschein Nr _____

Kat. (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

A

B

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 des Formulars Name und Adresse

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern.

Beachten Sie auf der Rückseite die Annahmen des Versicherungsnehmers.

Andere Angaben

erforderlich laut Art. 135 des gesetzestretenden Dekrets 7. September 2005 Nr. 209 – Kodex der Privatversicherungen zur Dateneinspeisung in die bei der IVAS zur Betrugsverhinderung und -bekämpfung auf dem Gebiet der Kfz-Haftpflichtversicherung eingerichteten Unfalldatenbank.

Hat eine Behörde den Unfall aufgenommen?

ja ☐

nein ☐

Welche Behörde?

Carabinieri ☐

Polizei ☐

Stadtpolizei ☐

Fahrzeug A

Kennzeichen _____

Zeuge

Vor - und Nachname _____

Steuernummer _____

Anschrift _____

Tel. _____

Zeuge

Vor - und Nachname _____

Steuernummer _____

Anschrift _____

Tel. _____

Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten)

Vor - und Nachname oder Firmenname _____

Anschrift (Gemeinde, Strasse, Nummer) _____

PLZ _____ Provinz _____

Geburtsort und Geburtsdatum _____

Steuernummer oder MwSt. Nr. _____

Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)

Fahrzeuglenker ☐

Beifahrer ☐

Fußgänger ☐

Vor - und Nachname oder Firmenname _____

Anschrift (Gemeinde, Strasse, Hausnummer) _____

Geburtsort und Geburtsdatum _____

Steuernummer oder MwSt. Nr. _____

Aufnahme in Erste Hilfe

ja ☐

nein ☐

Bezeichnung des Erste-Hilfe-Dienstes _____

Gemeinde _____

Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)

Fahrzeuglenker ☐

Beifahrer ☐

Fußgänger ☐

Vor - und Nachname oder Firmenname _____

Anschrift (Gemeinde, Strasse, Hausnummer) _____

Geburtsort und Geburtsdatum _____

Steuernummer oder MwSt. Nr. _____

Aufnahme in Erste Hilfe

ja ☐

nein ☐

Bezeichnung des Erste-Hilfe-Dienstes _____

Gemeinde _____

Fahrzeug B

Kennzeichen _____

Zeuge

Vor - und Nachname _____

Steuernummer _____

Anschrift _____

Tel. _____

Zeuge

Vor - und Nachname _____

Steuernummer _____

Anschrift _____

Tel. _____

Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten)

Vor - und Nachname oder Firmenname _____

Anschrift (Gemeinde, Strasse, Nummer) _____

PLZ _____ Provinz _____

Geburtsort und Geburtsdatum _____

Steuernummer oder MwSt. Nr. _____

Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)

Fahrzeuglenker ☐

Beifahrer ☐

Fußgänger ☐

Vor - und Nachname oder Firmenname _____

Anschrift (Gemeinde, Strasse, Hausnummer) _____

Geburtsort und Geburtsdatum _____

Steuernummer oder MwSt. Nr. _____

Aufnahme in Erste Hilfe

ja ☐

nein ☐

Bezeichnung des Erste-Hilfe-Dienstes _____

Gemeinde _____

Verletzter (nur ein Feld ankreuzen)

Fahrzeuglenker ☐

Beifahrer ☐

Fußgänger ☐

Vor - und Nachname oder Firmenname _____

Anschrift (Gemeinde, Strasse, Hausnummer) _____

Geburtsort und Geburtsdatum _____

Steuernummer oder MwSt. Nr. _____

Aufnahme in Erste Hilfe

ja ☐

nein ☐

Bezeichnung des Erste-Hilfe-Dienstes _____

Gemeinde _____