UNFALLBERICHT - SCHADENSANZEIGE

Falls von beiden lenkern unterzeichnet, wirkt sie laut art.

1. Tag des Unfalles	LEW TEWNSTEIN ET	1190 SS	trasse und Hausnummer)	IAHR	nein		
 Sachschäden an an Fahrzeugen als A ode 	nderen Andere Sachschä	den 5. Z	eugen: Name und Vorname	e, Anscl	hrift, Telephon (Geben Sie bitte, an	ob die Insassen sich im Fahrzeug A oder B befin	
nein ja	* nein ja	*					
	Λ	12	Bitte Zutreffendes ankreuz	ron		D	
Fahrzeug A 6. Versicherungsnehmer/Versicherter			12. Ditte Zutremendes ankreuzen		Fahrzeug 6. Versicherungsnehmer/Versicherter		
(siehe Versicherungsbescheinigung)					(siehe Versicherungsbescheinigung)		
Name (Blockschrift)					Name (Blockschrift)		
Vorname			1 Fahrzeug hielt an war abgestellt 1		Vorname		
Steuernummer/UStID-Nummer			2 Setzte sich in Fahrt 2		Steuernummer/UStiD-Nummer		
Adresse (Gemeinde, Krei	is, Strasse und Hausnummer)	-	Öffnete eine Tür	2	Adresse (Gemeinde, Kre	is, Strasse und Hausnummer	
PLZ Staat Staat		3	3 beim Parken 3		PLZ Staat		
Tel.nr. oder e-mail			4 fuhr aus Parkplatz, privatem 4		Tel.nr. oder e-mail		
7. Fahrzeug			Grundstück oder Feldweg aus		7. Fahrzeug		
Kraft-Fahrzeug	Anhänger	5	bog in Parkplatz, privates	5	Kraft-Fahrzeug	Anhänger	
Marke, Typ			Grundstück oder Feldweg ein		Marke, Typ	W/AVER	
		6	bog in einen Kreisverkehr ein	6			
anordi, Kennzeichen oder Fahrgestelhum	mer Behändl. Kennzeichen oder Fshirgestellnumme		Anti- to be a series		behördi. Kemzeichen oder Fahrgestellnun	mer Behärdt Kennzeichen oder Fahrgestellnum	
Zulassungsstaat	Zulassungsstaat	7	fuhr im Kreisverkehr	7	Zulassungsstaat	Zulassungsstaat	
		8	fuhr auf ein in gleicher Richtung und	8			
3. Versicherungsgese	ellschaft (sies leschengbescheitung)		Spur vorfahrendes Fahrzeug auf		8. Versicherungsgese	ellschaft (sere lessteungsteichengung	
Name		9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	9	Name	لقرانا درسوس	
Police-nr.			KIBALTARIN UK		Police-nr.		
Nr. der Grünen Karte		10	10 wechselte die Spur 10		Nr. der Grünen Karte		
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte			überholte	11	Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte		
Gültig von bis			abomone .	100	Gültig vonbis		
versionerungsagemur (bzw. buro oder vertreter)			bog rechts ab	12	Jan		
Name		HINOTA	Name				
Adresse			13 bog links ab 13 Adresse				
StaatStaat			fuhr rückwärts	14	StaatStaat		
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?		14	TT IMII (MUNTUIS)		Besteht eine Vollkasko-Versicherung?		
nein	ja	15	fuhr in die Gegenfahrbahn	15	nein	ja	
i. Fanrzeuglenker (Pro Name Blockschrift)	ifen Sie bitte (hren Führerschein)	16	kam von rechts	16	9. Fanrzeuglenker (Pr. Name (Blockschrift)	ifen Sie bitte Ihren Führerschein)	
Vorname					Vorname		
Geburtsdatum			17 beschtete Vorfahrtszeichen 17 oder rote Ampel nicht		Geburtsdatum		
Steuernummer					Steuernummer		
Adresse (Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)			Anzahl der angekreuzten Felder	-	Adresse (Gemeinde, Kreis, Strasse und Hausnummer)		
Staat			Dieses Dokument stellt keine Schuldanerkenntnis		Staat		
Tel.nr. oder e-mail			dar sondern eine Wiedergabe des Unfallhergangs und der beteiligten Personen zur schneilleren Schadensregulierung.		Tel.nr. oder e-mail		
Führerscheinnr					Führerscheinnrgültig bis		
0. Bezeichnen Sie du			13. Unfallskizze			rültig bis zeichnen Sie durch (⊷)	
einen Pfeil den Pu Zusammenstoßes	inkt des Bezeich	inen Sie: 1) im Moment des	Straßen 2) Richtung der Fahrzeuge Zusammenstoßes 4) Straßenschilder	e A und B	3) Ihre ein	en Pfeil den Punkt des ammenstoßes	
MA							
*				Options	8		
8					Q Q	- N - N - N - N - N - N - N - N - N - N	
V				incide.	m Ina Ng ya negal	anglight of History	
1 Sightham California							
Sichtbare Schäder			egičinia tol	Sinn	nb mulgo 11. Sic	htbare Schäden	
4. Bemerkungen			nterschrift der Fahrzeuglen	and the same of	14. Bemerkungen		
		A		В	The state of the s		
im Falls von Devenneren	häden oder Sachschäden an		Nach Habarochellt and Water				
	Fahrzeugen A und B, bitte auf		Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern.		Sehen Sie au	ıf der Rückseite die 🔔	

der Rückseite der Schadensmeidung Name und Adresse der Geschädigten angeben.

Angaben des Versicherungsnehmers.

(Art. 5 Ges.-Dekr. nr. 857/1976 um-gewandelt in das Gesetz Nr. 39/1977)



Weitere Angaben

erforderlich nach Art. 2 Ziffer 5 Satz 4 des Gesetzes vom 26. Mai 2000 nr. 137 und nachfolgenden Regelungen Isvap n. 01764 vom 21. Dezember 2000

Durch wen? CC P.S. VV.UU. Ist eine behördliche Aufnahme erfolgt? nein ja Fahrzeug B Behördl, Kennzeichen Behördl. Kennzeichen Zeuge Zeuge Name und Vorname _ Name und Vorname_ Steuernummer_ Steuernummer_ Adresse_ Adresse_ Tel. Tel. Zeuge Zeuge Name und Vorname ___ Name und Vorname Steuernummer_ Steuernummer Adresse_ Adresse_ Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten) Fahrzeugeigentümer (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer/Versicherten) Name und Vorname oder Firmenname Name und Vorname oder Firmenname_ Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer). Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer)_ Kreis PLZ _ Kreis Geburtsort und-datum_ Geburtsort und-datum Steuernummer/UStID-Nummer Steuernummer/UStID-Nummer Verletzter (nur ein Feld ankreuzen) Verletzter (nur ein Feld ankreuzen) Fahrzeuglenker Beifahrer Fussgänger Fahrzeuglenker Beifahrer Fussgänger Name und Vorname Name und Vorname Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer), Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) Geburtsort und-datum Geburtsort und-datum Steuernummer Steuernummer _ Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen nein ja Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen nein Name des Erste-Hilfe-Dienstes_ Name des Erste-Hilfe-Dienstes Gemeinde. Gemeinde_ Verletzter (nur ein Feld ankreuzen) Verletzter (nur ein Feld ankreuzen) Fahrzeuglenker Beifahrer Fussgänger Fahrzeuglenker Beifahrer Fussgänger Name und Vorname Name und Vorname Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) Adresse (Gemeinde Strasse und Hausnummer) Geburtsort und-datum Geburtsort und-datum Steuernummer Steuernummer Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen nein Wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen ja nein Name des Erste-Hilfe-Dienstes Name des Erste-Hilfe-Dienstes _ Gemeinde_ Gemeinde_