

Agentur:

Kundennummer

Policennummer

1. Unfalldatum	Uhrzeit	2. Ort (Ortschaft, Bezirk, Land)	3. Verletzte? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
4. Andere Sachschäden als an Fahrzeugen V und D nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	5. Zeugen Name, Adresse, Telefon <input type="checkbox"/> Insasse <input type="checkbox"/> Nicht Insasse von V oder D		

Versicherter	12. Umstände	Dritter
6. Versicherungsnehmer (siehe Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte) Name (Druckschrift) Vorname Adresse (Str./Nr.) Ort (und Bezirk) Telefon Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Bitte Zutreffendes ankreuzen (x) 1 Fahrzeug war abgestellt 2 setzte sich in Fahrt 3 wurde abgestellt 4 fuhr aus Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus 5 bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg ein 6 bog in einen Kreisverkehr ein 7 fuhr im Kreisverkehr 8 fuhr auf 9 fuhr in gleicher Richtung, und 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 (in einer Kreuzung) 17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht	6. Versicherungsnehmer (siehe Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte) Name (Druckschrift) Vorname Adresse (Str./Nr.) Ort (und Bezirk) Telefon Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
7. Fahrzeug Marke, Typ Amtl. Kennzeichen (od. Fahrgest.-Nr.)		7. Fahrzeug Marke, Typ Amtl. Kennzeichen (od. Fahrgest.-Nr.)
8. LE FOYER ASSURANCES Vers.-Nr. Besteht eine Kasko-Versicherung? Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		8. Versicherer Vers.-Nr. Besteht eine Kasko-Versicherung? Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
9. Fahrzeuglenker (siehe Führerschein) Name (Druckschrift) Vorname(n) Adresse Geburtsdatum Nationalität Führerschein-Nr. Klasse ausgestellt durch gültig ab bis Alkoholgenuß: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Alkoholtest: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Blutentnahme: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anzahl der angekreuzten Felder	9. Fahrzeuglenker (siehe Führerschein) Name (Druckschrift) Vorname(n) Adresse Geburtsdatum Nationalität Führerschein-Nr. Klasse ausgestellt durch gültig ab bis Alkoholgenuß: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Alkoholtest: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Blutentnahme: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

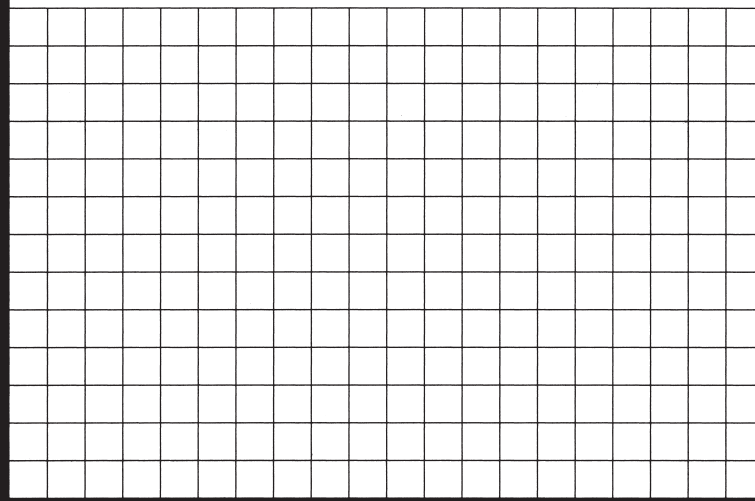
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



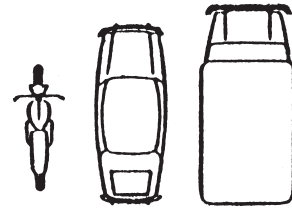
11. Geschätzter Schaden
Euro

14. Das Fahrzeug kann zwecks
Expertise am
in der Werkstatt
besichtigt werden

13. Unfallskizze
Bezeichnen Sie: 1. Straßen – 2. Richtung der Fahrzeuge V u. D – 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes – 4. Straßenschilder – 5. Straßennamen



10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Geschätzter Schaden
Euro

14. Das Fahrzeug kann zwecks
Expertise am
in der Werkstatt
besichtigt werden

Beantragte Leistung

- Sprache Französisch ☐
 Deutsch ☐

Wie ist Ihre Schadensschilderung?

Verantwortung:

Ist die Gegenpartei Ihrer Meinung nach:

- ☐
- allein verantwortlich
- ☐
- teilweise verantwortlich
- ☐
- nicht verantwortlich

Warum?

Bank/Postscheckkonto des Versicherungsnehmer:

Art des Schadens:

Name und Adresse des Eigentümers:.....

Tel. Bank/Postscheckkonto:

17. Protokoll nein ☐ ja ☐

- ☐ Polizei-Dienststelle ☐ Gendarmerie-Dienststelle

Protokoll Nr:

18. Handelt es sich um:

einen Wegunfall
(Arbeits- Hin- und Rückfahrt)

einen Arbeitsunfall

- ☐ für den Versicherten ☐ für den Dritten

Jede falsche Angabe wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen geahndet.

....., den 20.....

Unterschrift

Der Versicherungsnehmer *

* Sollte der Versicherungsnehmer verhindert sein bitte den Grund sowie die Namen und Eigenschaft der unterzeichneten Person angeben.