

La preghiamo di compilare questo modulo al computer, di salvarlo e di rinviarcelo via e-mail. I moduli compilati a mano purtroppo non possiamo elaborarli.
Ciò che non sa o non ha a portata di mano, lo lasci semplicemente in bianco —
se ci manca qualcosa di importante, glielo chiediamo. I campi con * sono obbligatori.

1 I Suoi dati

Il nostro riferimento pratica se già disponibile

Cognome *

Nome *

Via e numero civico

CAP

Città

E-mail

Telefono

IBAN * per il versamento del risarcimento

Ha diritto alla detrazione dell'IVA?

Sì

No

Che cosa dovrebbe inviarci inoltre

- Foto del luogo dell'incidente e dei danni a entrambi i veicoli
- Libretto di circolazione, parte I (Zulassungsbescheinigung Teil I)
- Perizia o preventivo di riparazione, se già disponibile
- In caso di lesioni: certificato medico, certificato di inabilità al lavoro
- Fatture e ricevute (carro attrezzi, auto sostitutiva, ticket)

2 L'incidente

Guidava Lei stesso?

Sì

No

In caso contrario: chi guidava?

Data dell'incidente * GG.MM.AAAA

Ora circa

Luogo dell'incidente via, incrocio, località

Che cosa è successo? con parole Sue

La polizia ha rilevato l'incidente?

Sì

No

Comando di polizia

Numero di protocollo della polizia

Testimoni nome e indirizzo, se noti

3 Il Suo veicolo

Il veicolo con cui è stato coinvolto nell'incidente.

Tipo di veicolo auto, moto, camion ...

Marca e modello

Targa

Anno di costruzione

Chilometraggio

4 Controparte

Conducente

Proprietario se diverso

Tipo di veicolo

Marca

Targa

Assicurazione RC

Numero di polizza

Numero di sinistro

5 Le Sue assicurazioni

Kasko completa (Vollkasko)

Sì

No

Numero di polizza

Franchigia €

Kasko parziale (Teilkasko)

Sì

No

Numero di polizza

Franchigia €

Ha un'assicurazione di tutela legale?

Sì

No

Nome dell'assicurazione

Numero di polizza

Franchigia €

6 Danni e lesioni

Il Suo veicolo aveva danni preesistenti?

☐ Sì ☐ No

In caso affermativo: quali?

Altri oggetti danneggiati occhiali, cellulare, abbigliamento, carico ...

Qualcuno è rimasto ferito?

☐ Sì ☐ No

In caso affermativo: quali lesioni?

Cassa malattia (Krankenkasse)

7 Protezione dei dati

Acconsento al trattamento dei miei dati per la gestione del mio incidente. Ho preso visione dell'informativa sulla privacy su anwalt-offenbach.de/it/datenschutz.

Fatto? La preghiamo di salvare il modulo e di inviarcelo via e-mail in allegato:

unfall@anwalt-offenbach.de