



Unfallsdatum		Uhrzeit		Unfallsort	
--------------	--	---------	--	------------	--

## BETEILIGTE

**Ich**

<b>A</b>	Name		Adresse		Geburtsdatum
	Kennzeichen	Marke/Type	Versichert bei	Telefonnummer	

**Andere**

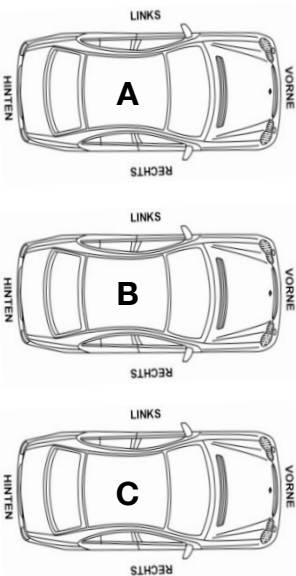
<b>B</b>	Name		Adresse		Geburtsdatum
	Kennzeichen	Marke/Type	Versichert bei	Telefonnummer	

<b>C</b>	Name		Adresse		Geburtsdatum
	Kennzeichen	Marke/Type	Versichert bei	Telefonnummer	

**Natur**

<input type="checkbox"/>	Sturm/Hagel	<input type="checkbox"/>	Marderbiss	<b>Unbekannt</b> (Anzeige erforderlich)	
<input type="checkbox"/>	Wild/Tiere	<input type="checkbox"/>	Steinschlag		<input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Parkschaden
<input type="checkbox"/>	Schnee/Lawine	<input type="checkbox"/>	Brand/Explosion		<input type="checkbox"/> Einbruch <input type="checkbox"/> Vandalismus

## SCHÄDEN / UNFALLHERGANG / SKIZZE



<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	parkte / hielt	<b>B</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	verließ Parkplatz, Weg, Grund	<b>C</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	fuhr in Kreisverkehr ein		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	befand sich im Kreisverkehr		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	fuhr auf		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	fuhr zurück		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	wechselte den Fahrstreifen		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Vorrang, rote Ampel, Stop missachtet		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	fuhr in die Gegenfahrbahn		<input type="checkbox"/>

Skizze:

Hergang:

Ort, Datum	Unterschrift A	Unterschrift B	Unterschrift C
------------	----------------	----------------	----------------