



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	

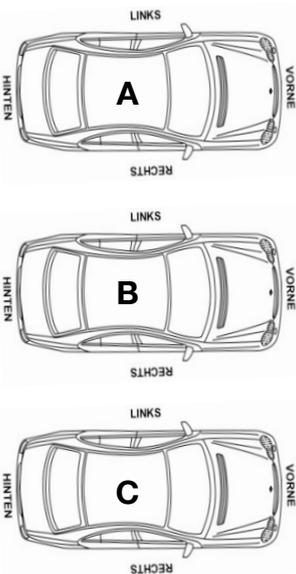
<b>C</b>	Name		Adresse		Geburtsdatum
	Kennzeichen	Marke/Type	Versichert bei	Telefonnummer	

 **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"/> Schnee/Lawine	<input type="checkbox"/> Brand/Explosion	

<input type="checkbox"/> Diebstahl	<input type="checkbox"/> Parkschaden
<input type="checkbox"/> Einbruch	<input type="checkbox"/> Vandalismus

## SCHÄDEN / UNFALLHERGANG / SKIZZE



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

Skizze:

Hergang:

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