





|              |         |            |
|--------------|---------|------------|
| 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 |              |

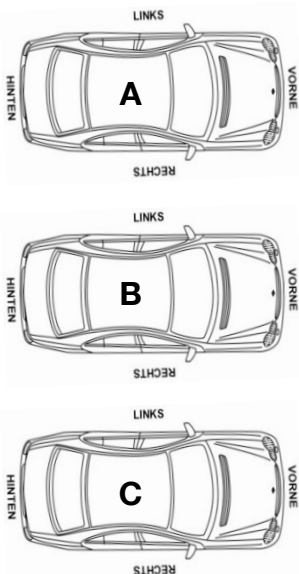
|          |             |            |                |               |              |
|----------|-------------|------------|----------------|---------------|--------------|
| <b>C</b> | Name        |            | Adresse        |               | Geburtsdatum |
|          | Kennzeichen | Marke/Type | 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 |
|------------|----------------|----------------|----------------|