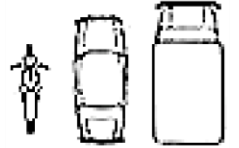
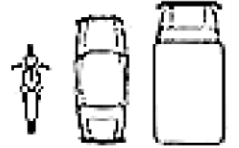


<b>Unfalldatum:</b>	<b>Uhrzeit:</b>	<b>Unfallort</b> ( Gemeinde, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein):	<b>Verletzte:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Namen und Anschriften angeben</b>
<b>Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B ( siehe Rückseite)</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>Zeugen</b> (Name, Anschrift, Telefon – Insassen von A und B unterstreichen):		

Fahrzeug A / Ihr Fahrzeug			Umstände (bitte ankreuzen)	Fahrzeug B / Unfallbeteiligter					
KRAFTFAHRZEUG Marke, Typ:	ANHÄNGER <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fahrzeug parkte (auf der Straße)	<input type="checkbox"/>	KRAFTFAHRZEUG Marke, Typ:	ANHÄNGER <input type="checkbox"/>			
Amtliches Kennzeichen:	Amtliches Kennzeichen: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuhr aus der Parkstelle heraus	<input type="checkbox"/>	Amtliches Kennzeichen:	Amtliches Kennzeichen: <input type="checkbox"/>			
Land der Zulassung:	Land der Zulassung: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuhr in eine Parkstelle hinein	<input type="checkbox"/>	Land der Zulassung:	Land der Zulassung: <input type="checkbox"/>			
Versicherungsunternehmen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versicherungsunternehmen				
NAME:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NAME:				
Vertragsnummer: Nummer der Grünen Karte:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragsnummer: Nummer der Grünen Karte:				
Versicherungsbescheinigung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versicherungsbescheinigung				
Oder Grüne Karte gültig vom: bis:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oder Grüne Karte gültig vom: bis:				
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): NAME:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): NAME:				
Anschrift:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anschrift:				
Land:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Land:				
Telefon oder E-Mail:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telefon oder E-Mail:				
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags (Vollkasko) versichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags (Vollkasko) versichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Führer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führer				
NAME: Vorname: Geburtsdatum Anschrift:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NAME: Vorname: Geburtsdatum Anschrift:				
Postleitzahl: Land:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postleitzahl: Land:				
Telefon oder E-Mail:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telefon oder E-Mail:				
Führerschein-Nr.: Klasse (A, B, ...): Führerschein gültig bis:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führerschein-Nr.: Klasse (A, B, ...): Führerschein gültig bis:				
Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil			<b>Unfallskizze</b>	Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil					
			Bezeichnen Sie 1. Straßenführung 2. Richtung der Fahrzeuge A und B (durch Pfeile) 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4 Verkehrszeichen 5. Straßennamen						
Sichtbare Schäden:							Sichtbare Schäden:		

Polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dienststelle, Aktenzeichen:
Gebührenpflichtig verwahrt? <input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
Bemerkungen:	Unterschrift Fahrzeuglenker A:
	Unterschrift Fahrzeuglenker B
	Bemerkungen: