

<b>Unfallbericht / Schadenmeldung</b>		Sparte: KH <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> VK <input type="checkbox"/>	
Unfalldatum / Uhrzeit:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Unfallort:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Schadenhergang:	Bitte, wenn möglich, auf gesondertem Blatt ein Skizze beifügen		
Wer hat nach Ihrer Auffassung den Schaden verursacht?		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Zeugen ( Name, Anschrift und ggf. Telefonnummer):		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Polizeiliche Aufnahme durch Dienststelle:		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Aktenzeichen / Wachbuchnummer:		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Verwarnung der Unfallparteien		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
		WER? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	

<b>DATEN &amp; ANGABEN ZU:</b>			
<u>Eigenem Fahrzeug (KFZ):</u>	<u>Fremdfahrzeug / Unfallgegner / AST:</u>		
Kennzeichen:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Kennzeichen Gegner:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Fahrzeugart:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Fahrzeugart:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Fahrer eigenes KFZ:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Fahrer Unfallgegner:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Halter:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	U-Gegner:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Straße:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Straße:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
PLZ Ort:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	PLZ Ort:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Tel.-Nr.:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Versicherung:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Versicherung:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Vers.-Nr.:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Gegner Vers.-Nr.:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
sichtbare Schäden:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	sichtbare Schäden:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
verletzte Personen:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	verletzte Personen:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
zu besichtigen bei:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	zu besichtigen bei:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Beteiligung eines Anhängers? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Beteiligung eines Anhängers? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Versicherung:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Versicherung:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Kennzeichen:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Kennzeichen:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>