



<b>1</b> Datum des Unfalls	Zeit	<b>2</b> PLZ / Ort	<b>3</b> Verletzte, einschl. Leichtverletzte nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
----------------------------	------	--------------------	---

<b>4</b> <b>Sachschäden an</b> anderen Fahrzeugen als A und B: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> anderen Gegenständen als Fahrzeugen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<b>5</b> Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon .....
---	--

### Fahrzeug A

**6** **Versicherungsnehmer/Versicherter\*** \* s. Versicherungsbescheinigung  
Name .....  
Vorname .....  
Anschrift .....  
PLZ ..... Land .....  
Tel. oder e-Mail .....

**7** **Fahrzeug**  
**Kraftfahrzeug:** Marke, Typ .....  
Amtliches Kennzeichen ..... Land der Zulassung .....  
**Anhänger:** Amtliches Kennzeichen ..... Land der Zulassung .....

**8** **Versicherungsunternehmen** (s. Versicherungsbescheinigung)  
Name .....  
Vertragsnummer .....  
Nr. der Grünen Karte .....  
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom ..... bis .....  
Name der Geschäftsstelle (Büro oder Makler) .....  
Anschrift ..... Land .....  
Tel. oder e-Mail .....  
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**9** **Fahrer** (siehe Führerschein)  
Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Anschrift ..... Land .....  
Tel. oder E-Mail .....  
Führerschein-Nr. ....  
Klasse (A, B, ...) .....  
Führerschein gültig bis .....



**11** **Sichtbare Schäden am Fahrzeug A** .....

**14** **Eigene Bemerkungen** .....

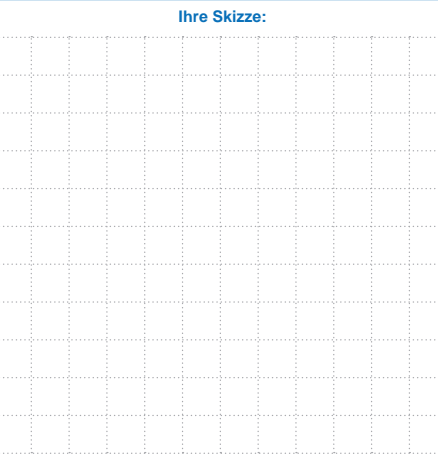
### Unfallumstände

**12** Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren. Nichtzutreffenden Text streichen:

A	Wie kam es zum Unfall?	B
<input type="checkbox"/>	1 parkte / hielt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 parkte ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 fuhr in einem Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Fahrspur auf das Heck auf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Fahrspur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 wechselte die Fahrspur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 überholte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 bog nach links ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 setzte zurück	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 wechselte auf die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/>

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

**13** **Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls**  
Ergänzen Sie Ihre Skizze später auf [www.Unfallskizze.de](http://www.Unfallskizze.de)  
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren  
2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile)  
3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls  
4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen



**15** **Unterschriften der Fahrer** **15**

### Fahrzeug B

**6** **Versicherungsnehmer/Versicherter\*** \* s. Versicherungsbescheinigung  
Name .....  
Vorname .....  
Anschrift .....  
PLZ ..... Land .....  
Tel. oder e-Mail .....

**7** **Fahrzeug**  
**Kraftfahrzeug:** Marke, Typ .....  
Amtliches Kennzeichen ..... Land der Zulassung .....  
**Anhänger:** Amtliches Kennzeichen ..... Land der Zulassung .....

**8** **Versicherungsunternehmen** (s. Versicherungsbescheinigung)  
Name .....  
Vertragsnummer .....  
Nr. der Grünen Karte .....  
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom ..... bis .....  
Name der Geschäftsstelle (Büro oder Makler) .....  
Anschrift ..... Land .....  
Tel. oder e-Mail .....  
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**9** **Fahrer** (siehe Führerschein)  
Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Anschrift ..... Land .....  
Tel. oder E-Mail .....  
Führerschein-Nr. ....  
Klasse (A, B, ...) .....  
Führerschein gültig bis .....



**11** **Sichtbare Schäden am Fahrzeug B** .....

**14** **Eigene Bemerkungen** .....



**1** Fecha del accidente Hora **2** Localización - País - Lugar **3** Víctima(s) incluso leve(s)  
no  sí

**4** Daños materiales en otros vehículos excepto A y B en otros objetos que sean vehículos  
no  sí  no  sí

**5** Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos

**VEHÍCULO A**

**6** Contratante del seguro/asegurado\* (véase póliza de seguro)  
Apellido .....  
Nombre .....  
Dirección .....  
C. P.: ..... País .....  
Teléfono o Email: .....

**7** Vehículo  
VEHÍCULO DE MOTOR: REMOLQUE:  
Marca, modelo .....  
Nº de matrícula ..... Nº de matrícula .....  
País de autorización ..... País de autorización .....

**CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN**

**12** Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - \* Táchese lo que no proceda:

A	¿Qué pasó?	B
<input type="checkbox"/>	*estaba estacionado/ parado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*salía de un estacionamiento/abría una puerta del vehículo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	iba a estacionar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	se disponía a entrar en un solar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entraba en un solar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiaba de carril	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	adelantaba	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	giraba a la derecha	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	daba marcha atrás	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo	<input type="checkbox"/>

← Indique el número de casillas marcadas →

**VEHÍCULO B**

**6** Contratante del seguro/asegurado\* (véase póliza de seguro)  
Apellido .....  
Nombre .....  
Dirección .....  
C. P.: ..... País .....  
Teléfono o Email: .....

**7** Vehículo  
VEHÍCULO DE MOTOR: REMOLQUE:  
Marca, modelo .....  
Nº de matrícula ..... Nº de matrícula .....  
País de autorización ..... País de autorización .....

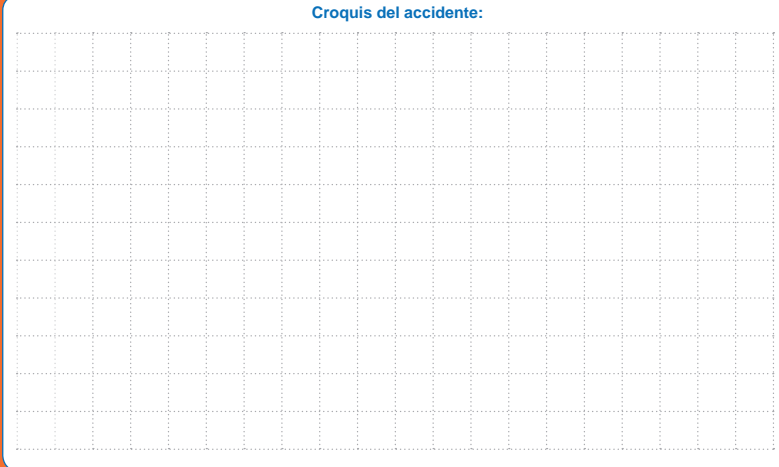
**8** Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)  
Nombre .....  
Nº de la póliza .....  
Nº de la Carta verde .....  
Certificado des seguro o Carta verde válidos de ..... a .....  
Sucursal (oficina o agente) .....  
Nombre .....  
Dirección .....  
Teléfono o Email .....  
¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no  sí

**8** Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)  
Nombre .....  
Nº de la póliza .....  
Nº de la Carta verde .....  
Certificado des seguro o Carta verde válidos de ..... a .....  
Sucursal (oficina o agente) .....  
Nombre .....  
Dirección .....  
Teléfono o Email .....  
¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no  sí

**9** Conductor (véase permiso de conducir)  
Apellido .....  
Nombre .....  
Fecha de nacimiento .....  
Dirección .....  
País .....  
Teléfono o Email .....  
Permiso de conducir nº .....  
Categoría (A, B,...) .....  
Permiso válido hasta: .....

**9** Conductor (véase permiso de conducir)  
Apellido .....  
Nombre .....  
Fecha de nacimiento .....  
Dirección .....  
País .....  
Teléfono o Email .....  
Permiso de conducir nº .....  
Categoría (A, B,...) .....  
Permiso válido hasta: .....

**13** Croquis del accidente en el momento de la colisión  
Complementar su esquema aquí más tarde:  
[www.croquisaccidente.es](http://www.croquisaccidente.es)  
Indíquese 1. el trazado de los carriles 2. el sentido de la marcha de los vehículos A y B (mediante flechas) 3. su posición en el momento de la colisión 4. las señales de tráfico 5. los nombres de las calles (o carreteras)



**11** Daños apreciados en el vehículo A: .....

**11** Daños apreciados en el vehículo B: .....

**14** Observaciones: .....

**15** Firmas de los dos conductores

**A** **B**

**14** Observaciones: .....