



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

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

Fahrzeug A

6 Versicherungsnehmer/Versicherter* * s. Versicherungsbescheinigung

Name

Vorname

Anschrift

PLZ Land

Tel. oder e-Mail

7 Fahrzeug

Kraftfahrzeug:	Anhänger:
Marke, Typ
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	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? ja nein

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:

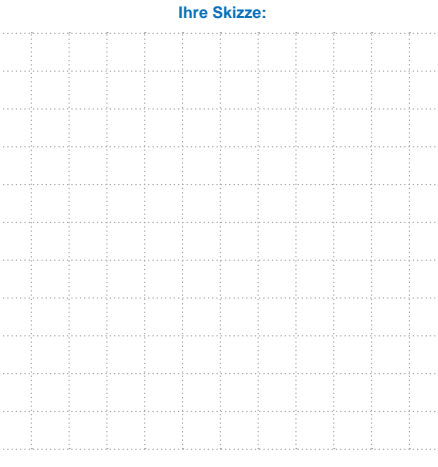
A	Wie kam es zum Unfall?	B
<input type="checkbox"/>	1 parkte / hielt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 parkte ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 verließ einen Parkplatz, 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

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

A **B**

Fahrzeug B

6 Versicherungsnehmer/Versicherter* * s. Versicherungsbescheinigung

Name

Vorname

Anschrift

PLZ Land

Tel. oder e-Mail

7 Fahrzeug

Kraftfahrzeug:	Anhänger:
Marke, Typ
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	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? ja nein

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 Date de l'accident Heure

2 Localisation - Pays - Lieu

3 Blessé(s) même léger(s) non oui

4 Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B: oui objets autres que des véhicules non oui

5 Témoins noms, adresses, tél.

Véhicule A

6 Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)* * voir attestation d'assurance
 Nom
 Prénom
 Adresse
 Code postal. Pays
 Tél. ou e-mail

7 Véhicule

à moteur: Marque, type
 N° d'immatriculation. N° d'immatriculation.
 Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque:

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
 Nom
 N° de contrat.
 N° de carte verte.
 Attestation d'assurance ou carte verte valable du au
 Agence (ou bureau, ou courtier)
 Adresse
 Pays
 Tél. ou email
 Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)
 Nom
 Prénom
 Date de naissance.
 Adresse
 Pays
 Tél. ou email
 Permis de conduire no.
 Catégorie (A, B, ...)
 Permis valable jusqu'au:

Circonstances

12 Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis - * Rayer la mention inutile:

A	Que s'est-il passé?	B
<input type="checkbox"/>	* en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* quittait un stationnement/ ouvrait une portière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	roulait sur une place	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changeait de file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	doublait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	virait à droite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	virait à gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reculait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	venait de droite (carrefour)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/>

← Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

13 Croquis de l'accident au moment du choc
 Compléter leurs croquis plus tard: www.croquisaccident.fr
 Préciser 1. le tracé des voies
 2. la direction (par des flèches) des véhicules A, B
 3. leur position au moment du choc 4. les signaux routiers
 5. le nom des rues (ou routes)

Véhicule B

6 Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)* * voir attestation d'assurance
 Nom
 Prénom
 Adresse
 Code postal. Pays
 Tél. ou e-mail

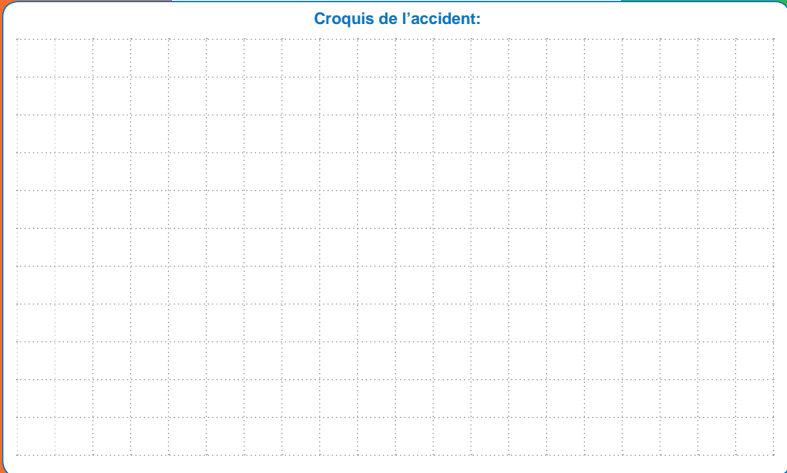
7 Véhicule

à moteur: Marque, type
 N° d'immatriculation. N° d'immatriculation.
 Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque:

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
 Nom
 N° de contrat.
 N° de carte verte.
 Attestation d'assurance ou carte verte valable du au
 Agence (ou bureau, ou courtier)
 Adresse
 Pays
 Tél. ou email
 Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)
 Nom
 Prénom
 Date de naissance.
 Adresse
 Pays
 Tél. ou email
 Permis de conduire no.
 Catégorie (A, B, ...)
 Permis valable jusqu'au:



11 Dégâts apparents sur véhicule A:

11 Dégâts apparents sur véhicule B:

14 Mes observations:

15 Signature des conducteurs

14 Mes observations:

