



**1** Datum des Unfalls  Zeit  **2** PLZ / Ort

**3** Verletzte, einschl. Leichtverletzte  
nein  ja

**4** Sachschäden an  
anderen Fahrzeugen als A und B:  ja  anderen Gegenständen als Fahrzeugen:  ja

**5** 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

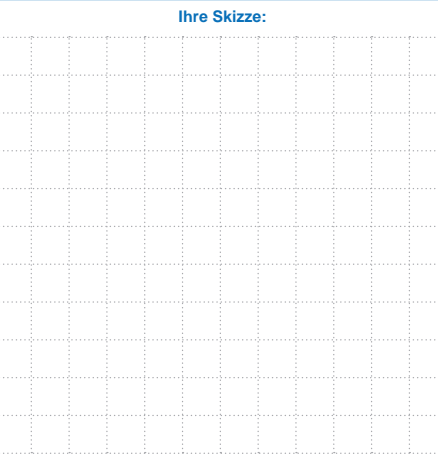
### Unfallumstände

**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

### 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** 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  non  oui  non  oui  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.

Pays d'immatriculation

remorque: N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

**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 →

**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.

Pays d'immatriculation

remorque: N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

**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

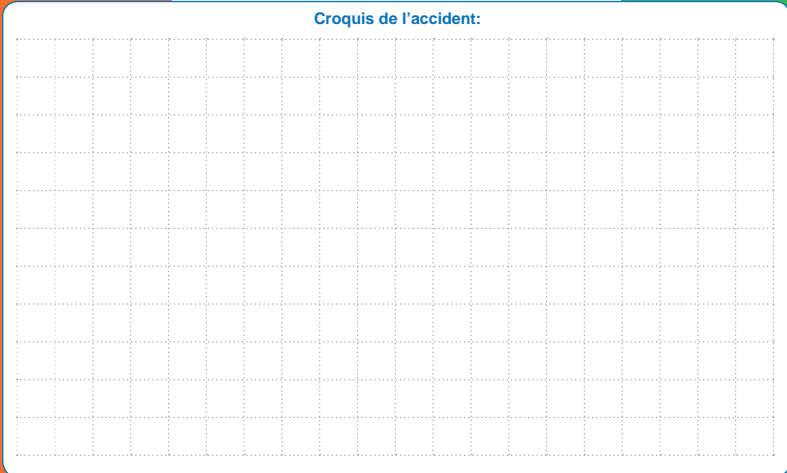
Permis de conduire no.

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 **15**

**14 Mes observations:**

