

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

3 Verletzte, einschl. Leichtverletzte
nein ja

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

5 Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon

Fahrzeug A

6 Versicherungsnehmer/Versicherter* * s. Versicherungsbescheinigung
Name
Vorname
Anschrift
PLZ Land

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

8 Versicherungsunternehmen (s. Versicherungsbescheinigung)
Name
Vertragsnummer
Nr. der Grünen Karte
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom bis

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

10 Markieren Sie die ursprüngliche Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →

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

Ihre Skizze:

Fahrzeug B

6 Versicherungsnehmer/Versicherter* * s. Versicherungsbescheinigung
Name
Vorname
Anschrift
PLZ Land

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

8 Versicherungsunternehmen (s. Versicherungsbescheinigung)
Name
Vertragsnummer
Nr. der Grünen Karte
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom bis

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

10 Markieren Sie die ursprüngliche Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →

11 Sichtbare Schäden am Fahrzeug B

14 Eigene Bemerkungen

15 Unterschriften der Fahrer

A → **B** ←



ACCIDENT REPORT

Does **not** constitute an admission of liability, just a statement of identity and the circumstances.



1 Date of accident Time	2 Locality · Country · Place	3 Injuries even if slight no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>
4 Material damage other than to vehicles A and B: objects other than vehicles: no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>		5 Witnesses: names, addresses, tel.

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname.....
First name.....
Address.....
Postcode..... Country.....
Tel. or e-mail.....

7 Vehicle

Motor: Make, type..... Registration No. Country of registration.....	Trailer: Registration No. Country of registration.....
---	--

8 Insurance company (see insurance certificate)

Surname.....
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate
or Green Card valid from.....
to.....
Agency (or bureau, or broker).....
Address.....
Country.....
Tel. or e-mail.....
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)

Surname.....
First name.....
Date of birth.....
Address.....
Country.....
Tel. or email.....
Driving licence No.....
Category (A, B, ...).....
Driving licence valid until:.....

Circumstances

12 Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing - delete where appropriate:

A	What happened?	B
1	* parked / stopped	1
2	* leaving a parking space / opening a vehicle door	2
3	entering a parking space	3
4	*emerging from a parking space, from private premises, from a track	4
5	*entering a parking space, private premises, a track	5
6	entering a roundabout	6
7	circulating a roundabout	7
8	striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction	8
9	going in the same direction but in a different line of traffic	9
10	changing lines of traffic	10
11	overtaking	11
12	turning to the right	12
13	turning to the left	13
14	reversing	14
15	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction	15
16	coming from the right (at a junction)	16
17	had not observed a priority sign or a red light	17

← **State the number of boxes marked with a cross** →

13 Sketch of accident when impact occurred
Complete your sketch later: www.AccidentSketch.com
Indicate **1.** the layout of the road **2.** by arrows the direction of the vehicles A, B **3.** their position at the time of impact **4.** the road signs **5.** names of the streets or roads

Vehicle B

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname.....
First name.....
Address.....
Postcode..... Country.....
Tel. or e-mail.....

7 Vehicle

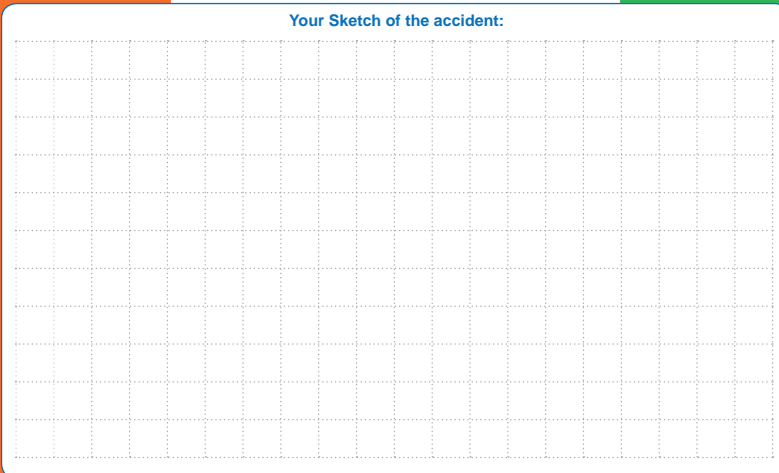
Motor: Make, type..... Registration No. Country of registration.....	Trailer: Registration No. Country of registration.....
---	--

8 Insurance company (see insurance certificate)

Surname.....
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate
or Green Card valid from.....
to.....
Agency (or bureau, or broker).....
Address.....
Country.....
Tel. or e-mail.....
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)

Surname.....
First name.....
Date of birth.....
Address.....
Country.....
Tel. or email.....
Driving licence No.....
Category (A, B, ...).....
Driving licence valid until:.....



11 Visible damage to vehicle A:

11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:

15 Signatures of the drivers

14 My remarks:

