

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

3 Verletzte, einschl. Leichtverletzte
nein ja

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

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

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

Fahrzeug B

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

7 **Fahrzeug**
Kraftfahrzeug: Marke, Typ
Anhänger:
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? nein ja

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

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



11 **Sichtbare Schäden am Fahrzeug A**

14 **Eigene Bemerkungen**

Ihre Skizze:

.....

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** **15**



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)*
 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:

14 Mes observations:

Circonstances

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

A	Que s'est-il passé?	B
1	* en stationnement / à l'arrêt	1
2	* quittait un stationnement/ ouvrait une portière	2
3	prenait un stationnement	3
4	*sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	4
5	*s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	5
6	s'engageait sur une place à sens giratoire	6
7	roulait sur une place	7
8	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	8
9	roulait dans le même sens et sur une file différente	9
10	changeait de file	10
11	doublait	11
12	virait à droite	12
13	virait à gauche	13
14	reculait	14
15	empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	15
16	venait de droite (carrefour)	16
17	n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge	17

← 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)*
 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 B:

14 Mes observations:

15 Signature des conducteurs **15**

A **B**