

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

3 Verletzte, einschl. Leichtverletzte
nein ja

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

nein ja 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
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

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
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

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 ←

1 Data dell'incidente Ora **2** Luogo · Paese · Località

3 Feriti, ivi compresi leggermente feriti
no sì

4 Danno materiale
ad ulteriori veicoli tranne A e B ad oggetti tranne veicoli
no sì no sì

5 Testimoni nomi, indirizzi, numeri di telefono

VEICOLO A

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
TTelefono o e-mail:

7 VEICOLO

AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**

Marca, modello
Targa Targa

Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 Compagnia di assicurazione (vedi polizza)

Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al

Sede (o ufficio o sensale)

Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no sì

9 Conduttore (vedi patente di guida)

Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:

10 Indicare con una freccia il punto di urto iniziale al veicolo A →

11 Danni visibili al veicolo A:

.....
.....
.....

14 Osservazioni personali:

.....
.....
.....

MODALITÀ DEL SINISTRO

12 Barrare le caselle corrispondenti onde precisare il grafico - * Cancellare ciò che non interessa:

A	Che cosa è successo?	B
<input type="checkbox"/>	* stava parcheggiato/stava fermo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* uscì da un parcheggio/aprì una portiera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*uscì da un parcheggio, da un terreno di proprietà privata, da una via	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*iniziò ad entrare in un parcheggio, in un terreno di proprietà privata, in una via	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entrò in una circolazione rotatoria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	viaggiava in una circolazione rotatoria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	urtò la parte posteriore dell'altro veicolo andando nella stessa direzione e nella stessa colonna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	andava nella stessa direzione e in una colonna diversa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiò colonna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	sorpasò	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	svoltò a destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	svoltò a sinistra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retrocedette	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiò andando su una corsia riservata al traffico in senso contrario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	arrivò da destra (su un incrocio)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	non aveva osservato un segnale di precedenza o un semaforo rosso	<input type="checkbox"/>

← Indicare il numero di caselle barrate a →

13 Grafico dell'incidente al momento dell'urto iniziale
Completare il disegno poi qui: www.graficoincidente.it
Indicare per favore:
1. il tracciato delle corsie 2. la direzione di marcia dei veicoli A, B (con frecce) 3. la loro posizione al momento dell'urto 4. i segnali stradali 5. i nomi delle vie

Grafico dell'incidente:

VEICOLO B

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
Telefono o e-mail:

7 VEICOLO

AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**

Marca, modello
Targa Targa

Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 Compagnia di assicurazione (vedi polizza)

Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al

Sede (o ufficio o sensale)

Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no sì

9 Conduttore (vedi patente di guida)

Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:

10 Indicare con una freccia il punto di urto iniziale al veicolo B →

11 Danni visibili al veicolo B:

.....
.....
.....

14 Osservazioni personali:

.....
.....
.....

15 Firme dei conduttori **15**

