



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

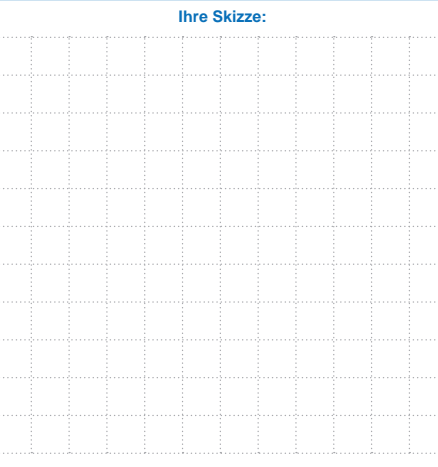
Unfallumstände

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
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 of accident Time **2** Locality - Country - Place

3 Injuries even if slight
no yes

4 Material damage
other than to vehicles A and B: no yes objects other than vehicles: no yes

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 |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * parked / stopped | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * leaving a parking space / opening a vehicle door | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entering a parking space | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *emerging from a parking space, from private premises, from a track | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *entering a parking space, private premises, a track | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entering a roundabout | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | circulating a roundabout | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | going in the same direction but in a different line of traffic | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changing lines of traffic | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | overtaking | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | turning to the right | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | turning to the left | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | reversing | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | coming from the right (at a junction) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | had not observed a priority sign or a red light | <input type="checkbox"/> |

← 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

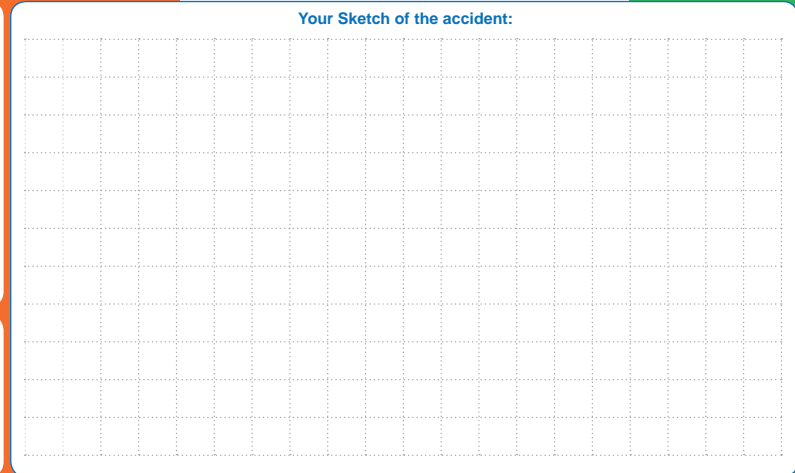
Vehicle B

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

A

B

14 My remarks: