



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

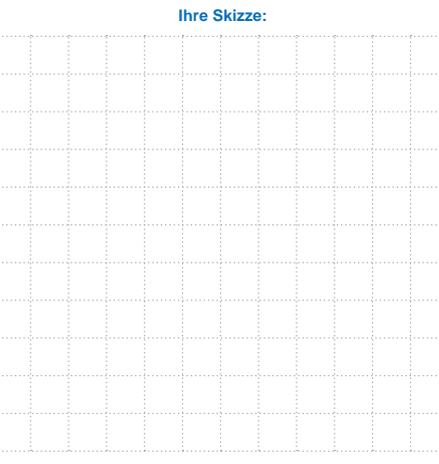
Unfallumstände

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 Дата ДТП	Время	2 Место ДТП	3 Раненые, вкл. легкие ранения нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>
4 Материальный ущерб, нанесенный другим ТС кроме „А“ и „В“: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>		другому имуществу кроме ТС: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	
5 Свидетели ДТП: имя, фамилия, адрес, телефон			

Транспортное средство А

6 Страхователь/застрахованное лицо* * см. страхового полиса

Фамилия
Имя
Адрес
Почт. индекс Страна

Тел. или e-Mail

7 Транспортное средство

Автомобиль: Марка, модель
Госуд. регистр. знак Страна регистрации

Автоприцеп: Госуд. регистр. знак Страна регистрации

8 Страховщик* (* см. страхового полиса)

Фамилия
Номер страхового полиса
Номер зеленой карты
Страховой полис или зеленая карта действительны с до

Наименование страховщика (компания или маклер)
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет да

9 Водитель (см. вод. удостоверение)

Фамилия
Имя
Дата рождения
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

№ вод. удостоверения
Категория (А, В, ...)

Вод. удостоверение действительно до



11 Перечень видимых повреждений на ТС „А“

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

14 Замечания

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

Обстоятельства ДТП

Отметить нужную клетку для точности схемы.
Ненужный текст зачеркнуть.

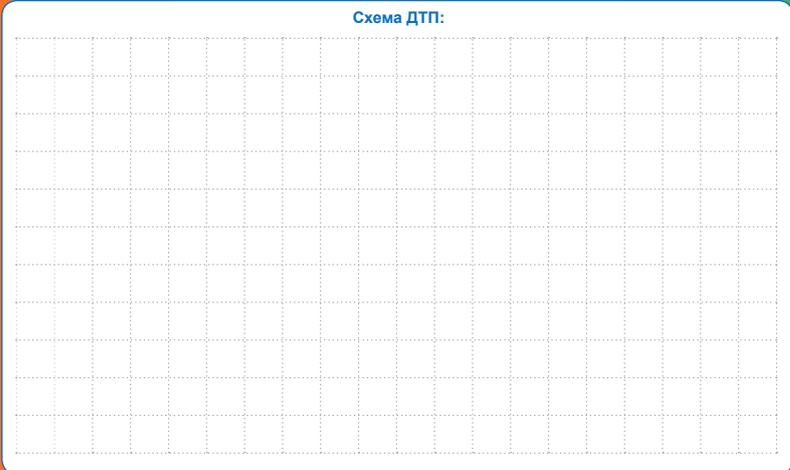
А	Как произошло ДТП ?	В
<input type="checkbox"/>	1 припарковался на стоянке	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 выехал со стоянки / открыл дверь машины	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 парковался	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 выезжал с места парковки, со двора, с дороги	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 заезжал на стоянку, во двор, на дорогу	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 заезжал на перекресток с круговым движением	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 двигался по перекрестку с круговым движением	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 столкнулся с ТС, двигавшемся в том же направлении по той же полосе	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 двигался в том же направлении по другой полосе	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 менял полосу	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 обгонял	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 поворачивал направо	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 поворачивал налево	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 двигался задним ходом	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 выехал на сторону дороги, предназначенной для встречного движения	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 подъехал с правой стороны (на перекрестке)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 не выполнил требования знака приоритета или запрещающего сигнала светофора	<input type="checkbox"/>

← **Указать количество отмеченных клеток** →

13 Схема ДТП в момент столкновения ТС

Дополните схему ДТП на сайте ru.accidentsketch.com

Указать: 1. Схему дороги
2. Направление движения ТС „А“ и „В“ (стрелками)
3. Расположение ТС „А“ в момент столкновения
4. Дорожные знаки 5. Названия улиц



Транспортное средство В

6 Страхователь/застрахованное лицо* * см. страхового полиса

Фамилия
Имя
Адрес
Почт. индекс Страна

Тел. или e-Mail

7 Транспортное средство

Автомобиль: Марка, модель
Госуд. регистр. знак Страна регистрации

Автоприцеп: Госуд. регистр. знак Страна регистрации

8 Страховщик* (* см. страхового полиса)

Фамилия
Номер страхового полиса
Номер зеленой карты
Страховой полис или зеленая карта действительны с до

Наименование страховщика (компания или маклер)
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет да

9 Водитель (см. вод. удостоверение)

Фамилия
Имя
Дата рождения
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

№ вод. удостоверения
Категория (А, В, ...)

Вод. удостоверение действительно до



11 Перечень видимых повреждений на ТС „В“

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

14 Замечания

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