



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)* * 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

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

A	Que s'est-il passé?	B
<input type="checkbox"/>	* en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* quittait un stationnement/ ouvrait une portière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	roulait sur une place	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changeait de file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	doublait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	virait à droite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	virait à gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reculait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	venait de droite (carrefour)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/>

← 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)* * 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

A

B



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

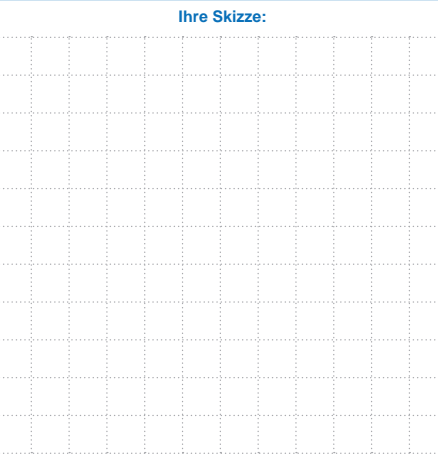
Unfallumstände

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 事故の日付	時刻	2 住所・郵便番号	3 負傷者/軽負傷者 なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
---------	----	-----------	---

4 物的損害 A またはB以外の他の乗り物: 乗り物以外の物: なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	5 証人: 氏名・住所・電話
---	----------------

乗り物 A

6 保険契約者・被保険者* * 保険証参照
氏名
住所
郵便番号 国
電話・メールアドレス

7 乗り物
自動車: 車名・タイプ
プレートナンバー
許可した国
連結車: プレートナンバー
許可した国

8 保険会社 (保険証参照) g
会社名
契約番号
緑カード番号
保険証又は緑カードの有効期限 いつから
いつまで
支店・斡旋ブローカー名
住所
国
電話・メールアドレス
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか
いいえ はい

9 運転手 (免許証を参照)
氏名
誕生日
住所
国
電話・メールアドレス
免許証番号
乗り物クラス (A, B, ...)
免許証有効期限



11 見える範囲での損害
乗り物 A

14 独自に記述して下さい

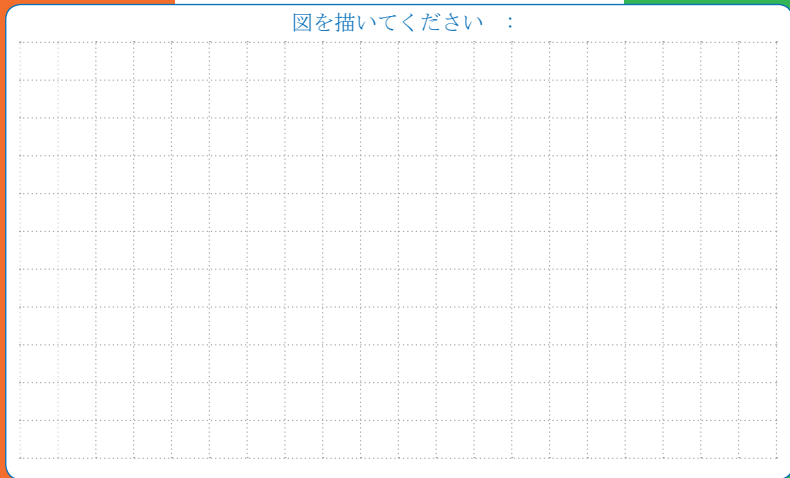
事故の状況

12 当てはまるところにまる印をつけてください。該当しない物は線を上から引いて否定してください。

A	事故になったときの状況は?	B
1	自分の車(以下同様)は止まった	1
2	駐車場を出た / ドアを開けた	2
3	駐車した	3
4	駐車場・私有地・道路から出た	4
5	駐車場・私有地・道路に入り始めた	5
6	ロータリー式道路に入ってきた	6
7	ロータリー式道路を運転中	7
8	同車線、同方向を運転中 前を走っていた相手の車の後部にぶつかった	8
9	方向は同じだが違う 車線を運転中	9
10	車線をかえた	10
11	追い越した	11
12	右折した	12
13	左折した	13
14	バックした	14
15	反対側車線に変えた	15
16	右から来た (十字路で)	16
17	優先通行権または赤信号を無視した	17

← まる印の数を書いてください。 →

13 衝突時の事故の図 あとで jp.accidentsketch.com
で図を補足してください
1. 車線
2. 乗り物 A と B の進行方向 (矢印で)
3. 衝突時のあなたのポジション
4. 交通標識 5. 道路の名前



乗り物 B

6 保険契約者・被保険者* * 保険証参照
氏名
住所
郵便番号 国
電話・メールアドレス

7 乗り物
自動車: 車名・タイプ
プレートナンバー
許可した国
連結車: プレートナンバー
許可した国

8 保険会社 (保険証参照)
会社名
契約番号
緑カード番号
保険証又は緑カードの有効期限 いつから
いつまで
支店・斡旋ブローカー名
住所
国
電話・メールアドレス
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか
いいえ はい

9 運転手 (免許証を参照)
氏名
誕生日
住所
国
電話・メールアドレス
免許証番号
乗り物クラス (A, B, ...)
免許証有効期限



11 見える範囲での損害
乗り物 B

14 独自に記述して下さい