



VERKEHRSUNFALLBERICHT

Alle Angaben in diesem Bericht dienen der Sachverhaltsdarstellung und beinhalten **kein** Schuldanerkenntnis.

Dieser Unfallbericht wurde Ihnen ausgehändigt vom:

Kfz-Sachverständigenbüro Härtl

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
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



11 Sichtbare Schäden am Fahrzeug A

14 Eigene Bemerkungen

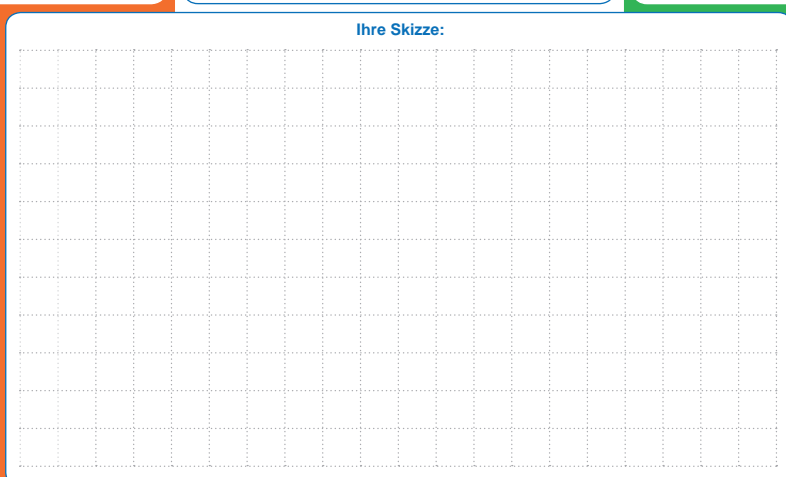
Unfallumstände

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



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



11 Sichtbare Schäden am Fahrzeug B

14 Eigene Bemerkungen

15 Unterschriften der Fahrer

A **B**



Constat d'accident

Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement.

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 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. N° d'immatriculation.
Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque: N° d'immatriculation.
Pays 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:

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"/>	heurta 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)*
Nom
Prénom
Adresse
Code postal. Pays
Tél. ou e-mail

7 Véhicule
à moteur: Marque, type
N° d'immatriculation. N° d'immatriculation.
Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque: N° d'immatriculation.
Pays 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:



11 Dégâts apparents sur véhicule B:

14 Mes observations:

15 Signature des conducteurs

A

B

14 Mes observations: