



1 Datum van de aanrijding Tijd

2 Land - Plaats - Straat:

3 Gewonden, incl. lichtgewonden
neen ja

4 Materiële schade aan
andere voertuigen dan A en B: ja neen
andere voorwerpen aan voertuigen: ja neen

5 Getuigen: naam, adres, telefoon

Voertuig A
6 Verzekeringnemer/verzekerde* * zie de verzekeringspolis
Naam
Voornaam
Straat
Postcode Land
Telefoon of e-mailadres

7 Voertuig
Motorvoertuig: Merk, type
Kenteken / verz. plaat
Land van registratie
Aanhanger: Kenteken / verz. plaat
Land van registratie

8 Verzekeringmaatschappij (zie de verzekeringspolis)
Naam
Polisnummer
Nummer groene kaart
Verzekeringpolis of groene kaart geldig van tot
Filiaal (of bureau of agent)
Adres
Land
Telefoon of e-mailadres
Is de materiële schade aan het voertuig op grond van de polis verzekerd? neen ja

9 Bestuurder (zie rijbewijs)
Naam
Voornaam
Geboortedatum
Adres
Land
Telefoon of e-mailadres
Rijbewijsnummer
Categorie (A, B, ...)
Rijbewijs geldig tot:

Toedracht

12 Zet een kruis (X) in elk van de betreffende vakjes, om de schets te verduidelijken.
*** Doorhalen wat niet van toepassing is.**

A	Wat is zorg?	B
<input type="checkbox"/>	* stond geparkeerd / stil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* reed weg uit parkeerstand / opende een portier	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ging parkeren	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*reed weg van een parkeerplaats, een uitrit, een onverharde weg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*was bezig een parkeerplaats, een inrit, een onverharde weg op te rijden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	wilde een rotonde oprijden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reed in een rotonde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	botste tijdens het rijden in dezelfde richting en op dezelfde file op achterzijde voorganger	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reed in dezelfde richting en in een andere file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	veranderde van file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	haalde in	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ging rechtsaf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ging linksaf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reed achteruit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	kwam op het weggedeelte bestemd voor het tegemoetkomende verkeer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	kwam van rechts (op een kruising)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	lette niet op het voorrangsteken of het rode verkeerslicht	<input type="checkbox"/>

← Vermeld het aantal aangekruiste vakjes →

13 **Situatieschets van de aanrijding**
Vul uw tekening later hier: www.situatie-schets.nl
Goed aangeven: 1. verloop van de rijbanen
2. rijrichting van voertuigen A en B
3. hun positie op het moment van de botsing 4. de verkeerstekens 5. de straatnamen (of wegen)

Voertuig B

6 Verzekeringnemer/verzekerde* * zie de verzekeringspolis
Naam
Voornaam
Straat
Postcode Land
Telefoon of e-mailadres

7 Voertuig
Motorvoertuig: Merk, type
Kenteken / verz. plaat
Land van registratie
Aanhanger: Kenteken / verz. plaat
Land van registratie

8 Verzekeringmaatschappij (zie de verzekeringspolis)
Naam
Polisnummer
Nummer groene kaart
Verzekeringpolis of groene kaart geldig van tot
Filiaal (of bureau of agent)
Adres
Land
Telefoon of e-mailadres
Is de materiële schade aan het voertuig op grond van de polis verzekerd? neen ja

9 Bestuurder (zie rijbewijs)
Naam
Voornaam
Geboortedatum
Adres
Land
Telefoon of e-mailadres
Rijbewijsnummer
Categorie (A, B, ...)
Rijbewijs geldig tot:

10 Geef met een pijl de plaats aan waar het voertuig A het eerst werd geraakt. →

Situatieschets:

10 Geef met een pijl de plaats aan waar het voertuig B het eerst werd geraakt. →

11 Zichtbare schade aan voertuig A:

11 Zichtbare schade aan voertuig B:

14 Eigen opmerkingen:

15 Handtekening bestuurders

14 Eigen opmerkingen:





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

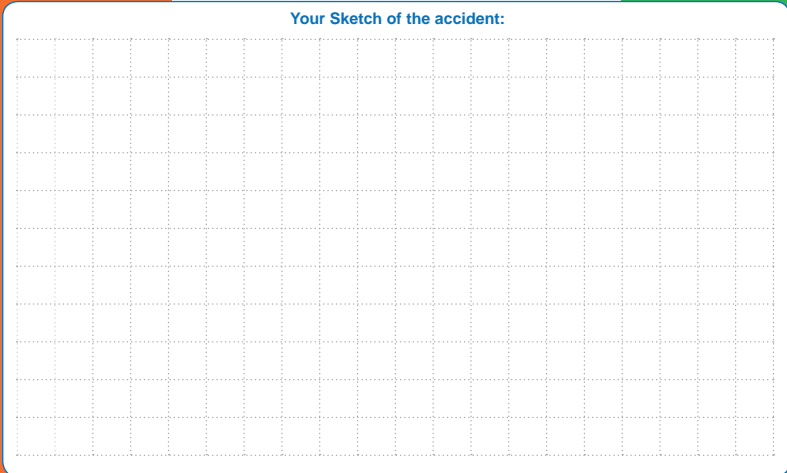
Vehicle B

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: