



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

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:

10 Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →

11 Visible damage to vehicle A:

14 My remarks:

Your Sketch of the accident:

15 Signatures of the drivers



10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →

11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:





1 Kaza tarihi	Saati	2 Posta Kodu / Şehir	3 Yaralı, hafif yaralılar dahil hayır <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/>
4 Hasar A ve B haricinde başka taşıtlarda da hasar var mı? hayır <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/>	Taşıtlardan başka nesnelere de hasar var mı? hayır <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/>	5 Tanklar: İsim, adres, telefon	

TAŞIT A

6 Sigortalının* * sigorta belgesine bakınız

Soyadı
Adı
Adresi
Posta Kodu Ülke
Telefon veya e-mail

7 Taşıta ait bilgiler

MOTORLU TAŞIT: Markası, tipi
Plaka no
Ruhsatı veren ülke

RÖMORK: Plaka no
Ruhsatı veren ülke

8 Sigorta şirketinin (sigorta belgesine bakınız)

Adı
Sigorta no
Yeşil kart no
Sigorta belgesinin veya yeşil kartın geçerlilik süresi 'den 'ye kadar
Temsilci (veya büro ya da acenta)
Adresi
Ülke
Telefon veya e-mail
Taşıta meydana gelen hasar sözleşme kapsamında sigortalı mı? hayır evet

9 Sürücünün (sürücü belgesine bakınız)

Soyadı
Adı
Doğum tarihi
Adresi
Ülke
Telefon veya e-mail
Sürücü belgesi no
Kategori (A, B, ...)
Sürücü belgesi tarihine kadar geçerlidir

10 Taşıta A'daki ilk çarpışma noktasını ok işaretleriyle belirtiniz →

11 Taşıta A'daki görünür hasar

14 Kendi açıklamalarınız

KAZA HAKKINDA BİLGİLER

12 Taslağın doğru anlaşılabilmesi için uygun olanı bir çarpı ile işaretleyiniz.
Uygun olmayan olasılığın üzerini çiziniz:

A	Kaza nasıl gerçekleşti?	B
1	taşıta park edilmiş durumdaydı	1
2	park yerinden çıkıyordu / arabanın kapısını açıyordu	2
3	park ediyordu	3
4	park yerinden, özel bir alandan, bir yoldan çıkıyordu	4
5	bir park yerine, özel bir alana, bir yola girmeye başlamıştı	5
6	bir göbeğe giriyordu	6
7	bir göbekte hareket halindeydi	7
8	aynı yönde ve aynı konvoyda hareket halindeyken arkadan çarptı	8
9	aynı yönde ama başka bir konvoyda hareket halindeydi	9
10	şerit değiştiriyordu	10
11	solluyordu	11
12	sağa dönüyordu	12
13	sola dönüyordu	13
14	geri geri hareket halindeydi	14
15	karşı yönden gelen trafiğe ayrılmış şeride geçiyordu	15
16	sağdan geliyordu (kavşakta)	16
17	öncelikli geçiş hakkına veya kırmızı trafik ışığına uymadı	17

← **İşaretlenmiş karelerin sayısını belirtiniz** →

13 Çarpışma anını belirten taslak

Taslağınızı sonra tr.accidentsketch.com adresinde tanmamlayınız

Lütfen belirtiniz: 1. Şeritlerin güzergahını
2. A ve B taşıtlarının hareket yönünü (ok işaretleriyle)
3. Çarpışma anındaki pozisyonları
4. Trafik işaretlerini 5. Caddede ve sokak isimlerini

Taslağınız:

TAŞIT B

6 Sigortalının* * sigorta belgesine bakınız

Soyadı
Adı
Adresi
Posta Kodu Ülke
Telefon veya e-mail

7 Taşıta ait bilgiler

MOTORLU TAŞIT: Markası, tipi
Plaka no
Ruhsatı veren ülke

RÖMORK: Plaka no
Ruhsatı veren ülke

8 Sigorta şirketinin (sigorta belgesine bakınız)

Adı
Sigorta no
Yeşil kart no
Sigorta belgesinin veya yeşil kartın geçerlilik süresi 'den 'ye kadar
Temsilci (veya büro ya da acenta)
Adresi
Ülke
Telefon veya e-mail
Taşıta meydana gelen hasar sözleşme kapsamında sigortalı mı? hayır evet

9 Sürücünün (sürücü belgesine bakınız)

Soyadı
Adı
Doğum tarihi
Adresi
Ülke
Telefon veya e-mail
Sürücü belgesi no
Kategori (A, B, ...)
Sürücü belgesi tarihine kadar geçerlidir

10 Taşıta B'deki ilk çarpışma noktasını ok işaretleriyle belirtiniz →

11 Taşıta B'deki görünür hasar

14 Kendi açıklamalarınız

15 Sürücülerin imzası

A → B