



1 Fecha del accidente	Hora	2 Localización - País - Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
------------------------------	------	--------------------------------------	--

4 Daños materiales en otros vehículos excepto A y B no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	en otros objetos que sean vehículos no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	5 Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos
--	--	---

VEHÍCULO A

6 Contratante del seguro/asegurado* * véase póliza de seguro

Apellido
Nombre
Dirección
C. P.: País
Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: Marca, modelo
REMOLQUE: N° de matrícula N° de matrícula

País de autorización País de autorización

CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Táchese lo que no proceda:

A	¿Qué pasó?	B
<input type="checkbox"/>	*estaba estacionado/ parado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*salía de un estacionamiento/abría una puerta del vehículo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	iba a estacionar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	se disponía a entrar en un solar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entraba en un solar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiaba de carril	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	adelantaba	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	giraba a la derecha	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	daba marcha atrás	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo	<input type="checkbox"/>

← Indique el número de casillas marcadas →

VEHÍCULO B

6 Contratante del seguro/asegurado* * véase póliza de seguro

Apellido
Nombre
Dirección
C. P.: País
Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: Marca, modelo
REMOLQUE: N° de matrícula N° de matrícula

País de autorización País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
N° de la póliza
N° de la Carta verde
Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)
Nombre
Dirección
Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
no sí

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
N° de la póliza
N° de la Carta verde
Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)
Nombre
Dirección
Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
no sí

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento
Dirección
País
Teléfono o Email

Permiso de conducir n°.
Categoría (A, B,...)
Permiso válido hasta:

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento
Dirección
País
Teléfono o Email

Permiso de conducir n°.
Categoría (A, B,...)
Permiso válido hasta:

13 Croquis del accidente en el momento de la colisión
Complementar su esquema aquí más tarde:
www.croquisaccidente.es

Indíquese 1. el trazado de los carriles 2. el sentido de la marcha de los vehículos A y B (mediante flechas) 3. su posición en el momento de la colisión 4. las señales de tráfico 5. los nombres de las calles (o carreteras)



Croquis del accidente:

11 Daños apreciados en el vehículo A:

11 Daños apreciados en el vehículo B:

14 Observaciones:

15 Firmas de los dos conductores

A →

← **B**

14 Observaciones:

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 あり

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 あり なし あり

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: 連結車:
車名・タイプ プレートナンバー
プレートナンバー プレートナンバー
許可した国 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

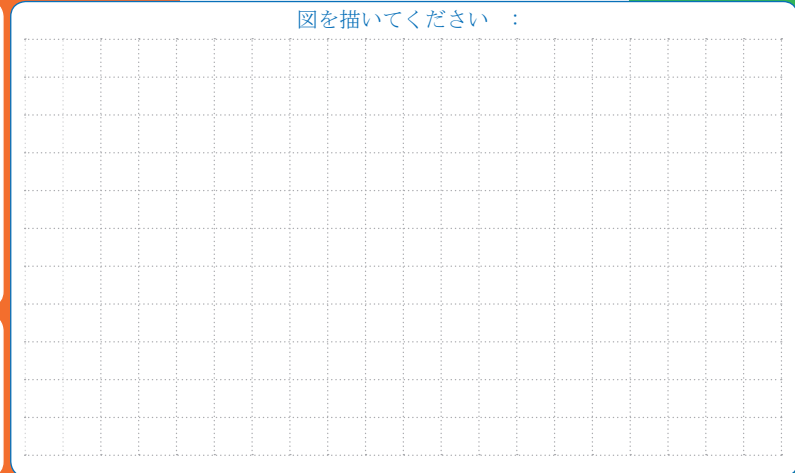
事故の状況

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: 連結車:
車名・タイプ プレートナンバー
プレートナンバー プレートナンバー
許可した国 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