



1 Data dell'incidente Ora **2** Luogo - Paese - Località

3 Feriti, ivi compresi leggermente feriti
no si

4 Danno materiale
ad ulteriori veicoli tranne A e B ad oggetti tranne veicoli
no si no si

5 Testimoni nomi, indirizzi, numeri di telefono

VEICOLO A

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
T Telefono o e-mail:

7 **VEICOLO**
AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**
Marca, modello
Targa Targa
Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)
Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al
Sede (o ufficio o sensale)
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no si

9 **Conducente** (vedi patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:



11 **Danni visibili al veicolo A:**

14 **Osservazioni personali:**

MODALITÀ DEL SINISTRO

12 Barrare le caselle corrispondenti onde precisare il grafico - * Cancellare ciò che non interessa:

| A | Che cosa è successo? | B |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * stava parcheggiato/stava fermo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * uscì da un parcheggio/apri una portiera | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | stava parcheggiando | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *uscì da un parcheggio, da un terreno di proprietà privata, da una via | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *iniziò ad entrare in un parcheggio, in un terreno di proprietà privata, in una via | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entrò in una circolazione rotatoria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | viaggiava in una circolazione rotatoria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | urtò la parte posteriore dell'altro veicolo andando nella stessa direzione e nella stessa colonna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | andava nella stessa direzione e in una colonna diversa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | cambiò colonna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | sorpassò | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | svoltò a destra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | svoltò a sinistra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | retrocedette | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | cambiò andando su una corsia riservata al traffico in senso contrario | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | arrivò da destra (su un incrocio) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | non aveva osservato un segnale di precedenza o un semaforo rosso | <input type="checkbox"/> |

← **Indicare il numero di caselle barrate a** →

13 **Grafico dell'incidente al momento dell'urto iniziale**
Completare il disegno poi qui: www.graficoincidente.it
Indicare per favore:
1. il tracciato delle corsie 2. la direzione di marcia dei veicoli A, B (con frecce) 3. la loro posizione al momento dell'urto 4. i segnali stradali 5. i nomi delle vie



VEICOLO B

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
T Telefono o e-mail:

7 **VEICOLO**
AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**
Marca, modello
Targa Targa
Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)
Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al
Sede (o ufficio o sensale)
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no si

9 **Conducente** (vedi patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:



11 **Danni visibili al veicolo B:**

14 **Osservazioni personali:**

15 **Firme dei conducenti** **15**

A **B**



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)* * 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:

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"/> | 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 →

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. N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque:

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 **15**

14 Mes observations: