



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 Data wypadku	Godzina	2 Kraj / Kod pocztowy / miejscowość	3 Ranni, nawet lekko ranni nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
----------------	---------	-------------------------------------	---

4 Szkody materialne dotyczące innych pojazdów niż A i B nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	innych przedmiotów niż pojazdów: nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	5 Świadkowie: nazwiska, adresy, nr tel.
---	---	--

Pojazd A

6 **Ubezpieczony*** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwisko
imię
adres
kod pocztowy kraj
nr tel. lub e-mail

7 **Pojazd**
pojazd mechaniczny: marka, typ
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

Przyczepa:
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

8 **Zakład ubezpieczeń** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwa
nr umowy
nr zielonej karty
potwierdzenie ubezpieczenia zielonej karty ważnej od do

nazwa oddziału (biuro lub makler)
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie tak

9 **Kierowca** (patrz prawo jazdy)
nazwisko
imię
data ur.
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

nr prawa jazdy
kategoria (A, B, ...)
prawo jazdy ważne do



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu A

14 Uwagi własne:

Okoliczności zdarzenia

12 W celu sprecyzowania szkicu zakreślić krzyżykiem odpowiednie pola. Niepotrzebne skreślić:

A	Jak doszło do wypadku?	B
1	parkował / stał	1
2	opuszczał parking / otwierał drzwi pojazdu	2
3	wjeżdżał na miejsce postoju	3
4	wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi	4
5	wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę	5
6	włączył się do ruchu okrężnego (rondo)	6
7	jechał w ruchu okrężnym	7
8	uderzył w tył pojazdu jadącego w tym samym kierunku i tym samym pasem	8
9	jechał w tym samym kierunku, lecz innym pasem	9
10	zmieniał pas ruchu	10
11	wyprzedzał	11
12	skręcał w prawo	12
13	skręcał w lewo	13
14	cofał	14
15	wjechał na pas ruchu dla przeciwnego kierunku	15
16	nadjeżdżał z prawej strony (na skrzyżowaniu)	16
17	zlekceważył znak pierwszeństwa przejazdu lub czerwone światło	17

← **Podać liczbę zakreślonych pól** →

13 **Szkic sytuacyjny wypadku w momencie kolizji**
Proszę uzupełnić szkic później na www.Szkic-Sytuacyjny.pl
Proszę oznaczyć 1. układ dróg
2. kierunki ruchu pojazdów A i B (oznaczyć strzałką),
3. państwa pozycję w momencie kolizji,
4. znaki drogowe, 5. nazwy ulic



Pojazd B

6 **Ubezpieczony*** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwisko
imię
adres
kod pocztowy kraj
nr tel. lub e-mail

7 **Pojazd**
pojazd mechaniczny: marka, typ
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

Przyczepa:
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

8 **Zakład ubezpieczeń** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwa
nr umowy
nr zielonej karty
potwierdzenie ubezpieczenia lub zielonej karty ważnej od do

nazwa oddziału (biuro lub makler)
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie tak

9 **Kierowca** (patrz prawo jazdy)
nazwisko
imię
data ur.
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

nr prawa jazdy
kategoria (A, B, ...)
prawo jazdy ważne do



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu B

14 Uwagi własne: