



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 Fecha del accidente Hora **2** Localización - País - Lugar **3** Víctima(s) incluso leve(s) no sí

4 Daños materiales en otros vehículos excepto A y B en otros objetos que sean vehículos no sí **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: REMOLQUE:
Marca, modelo
Nº de matrícula Nº 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: REMOLQUE:
Marca, modelo
Nº de matrícula Nº de matrícula
País de autorización País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
Nº de la póliza
Nº 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
Nº de la póliza
Nº 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)

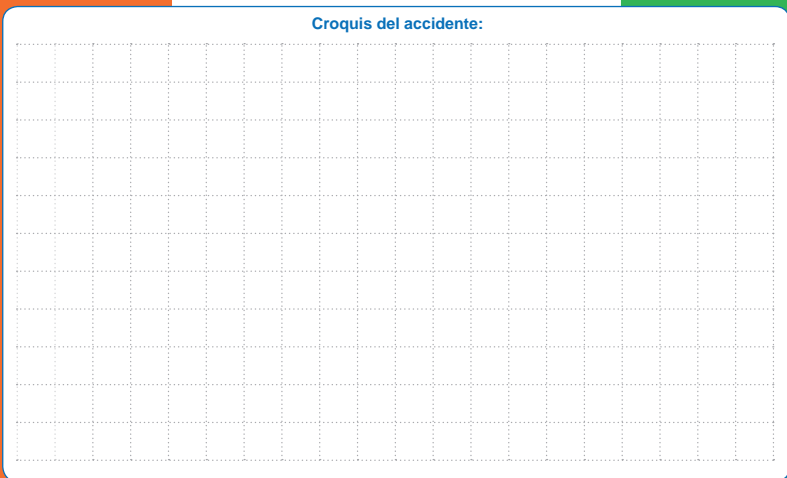
Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento
Dirección
País
Teléfono o Email
Permiso de conducir nº
Categoría (A, B,...)
Permiso válido hasta:

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento
Dirección
País
Teléfono o Email
Permiso de conducir nº
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)



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: