



**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](http://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\* .....  
 Apellido .....  
 Nombre .....  
 Dirección .....  
 C. P.: ..... País .....  
 Teléfono o Email: .....

**7** Vehículo  
**VEHÍCULO DE MOTOR:** ..... **REMOLQUE:** .....  
 Marca, modelo .....  
 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\* .....  
 Apellido .....  
 Nombre .....  
 Dirección .....  
 C. P.: ..... País .....  
 Teléfono o Email: .....

**7** Vehículo  
**VEHÍCULO DE MOTOR:** ..... **REMOLQUE:** .....  
 Marca, modelo .....  
 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: .....

**10** Marque el punto del choque inicial en el vehículo A con una flecha →

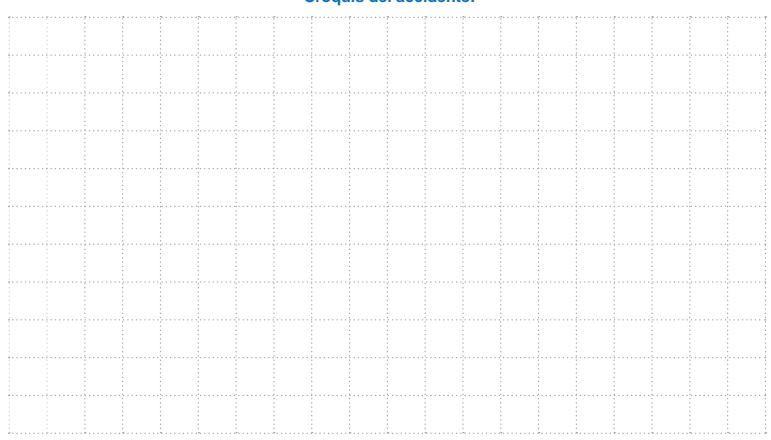


**11** Daños apreciados en el vehículo A: .....


**13** Croquis del accidente en el momento de la colisión  
 Complementar su esquema aquí más tarde:  
[www.croquisaccidente.es](http://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:**



**10** Marque el punto del choque inicial en el vehículo B con una flecha →



**11** Daños apreciados en el vehículo B: .....

**14** Observaciones: .....

**15** Firmas de los dos conductores

**A** → **B** ←

**14** Observaciones: .....