

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> en otros objetos que sean vehículos <input type="checkbox"/> 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
Nº de matrícula País de autorización

REMOLQUE:
Nº de matrícula País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

NOMBRE
Nº de la póliza

Nº de la carta verde Certificado 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
Permiso válido hasta:

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



11 Daños apreciados en el vehículo A:

14 Observaciones:

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
1	*estaba estacionado/ parado	1
2	*salía de un estacionamiento/abría una puerta del vehículo	2
3	iba a estacionar	3
4	*salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra	4
5	*entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra	5
6	se disponía a entrar en un solar	6
7	entraba en un solar	7
8	colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8
9	circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente	9
10	cambiaba de carril	10
11	adelantaba	11
12	giraba a la derecha	12
13	giraba a la izquierda	13
14	daba marcha atrás	14
15	invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15
16	venía de la derecha (en un cruce)	16
17	no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo	17

Indique el número de casillas marcadas

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:



Firmas de los dos conductores

Flechas A y B



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
Nº de matrícula País de autorización

REMOLQUE:
Nº de matrícula País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

NOMBRE
Nº de la póliza

Nº de la carta verde Certificado 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
Permiso válido hasta:

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



11 Daños apreciados en el vehículo B:

14 Observaciones:

1 Date of accident	Time	2 Locality - Country - Place	3 Injuries even if slight no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>
---------------------------	------	-------------------------------------	--

4 Material damage other than to vehicles A and B: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes objects other than vehicles: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	5 Witnesses: names, addresses, tel.
---	---

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
ZIP code Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle
Motor: Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer: Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Insurance Certificate valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category
Driving licence valid until:

Circumstances

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing -* delete where appropriate:

A	What happened?	B
<input type="checkbox"/>	* parked / stopped	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* leaving a parking space / opening a vehicle door	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a parking space	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*emerging from a parking space, from private premises, from a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entering a parking space, private premises, a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulating a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	going in the same direction but in a different line of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing lines of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	coming from the right (at a junction)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	had not observed a priority sign or a red light	<input type="checkbox"/>

← State the number of boxes marked with a cross →

13 Sketch of accident when impact occurred
Complete your sketch later: www.AccidentSketch.com
Indicate 1. the layout of the road 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their position at the time of impact 4. the road signs 5. names of the streets or roads

Vehicle B

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Zip code Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle
Motor: Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer: Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Insurance Certificate valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

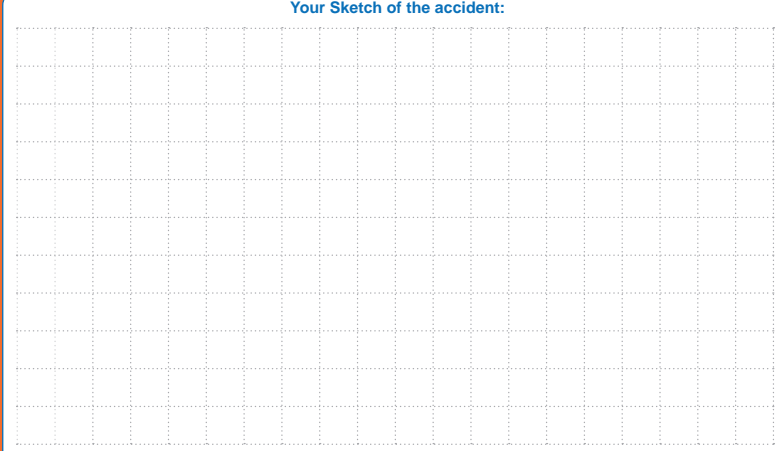
9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category
Driving licence valid until:

10 Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →



11 Visible damage to vehicle A:

Your Sketch of the accident:



10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →



11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:

15 Signatures of the drivers

A →

← **B**

14 My remarks: