



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 no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	en otros objetos que sean vehículos 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
REMOLQUE: 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* * véase póliza de seguro

Apellido
Nombre
Dirección
C. P.: País
Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: Marca, modelo
REMOLQUE: 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:

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:

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:



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

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: N° d'immatriculation.
 Pays d'immatriculation

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

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 →

13 Croquis de l'accident au moment du choc
 Compléter leurs croquis plus tard: www.croquisaccident.fr
 Préciser 1. le tracé des voies
 2. la direction (par des flèches) des véhicules A, B
 3. leur position au moment du choc 4. les signaux routiers
 5. le nom des rues (ou routes)

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: N° d'immatriculation.
 Pays d'immatriculation

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:

