



<b>1</b> Fecha del accidente	Hora	<b>2</b> Localización - País - Lugar	<b>3</b> Víctima(s) incluso leve(s) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
------------------------------	------	--------------------------------------	--

<b>4</b> 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"/>	<b>5</b> 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: .....

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

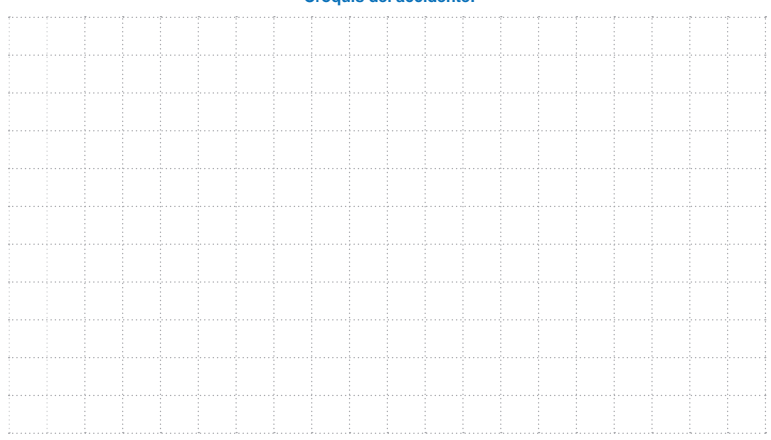


**11** Daños apreciados en el vehículo A: .....


**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: .....

1 事故の日付 ..... 時刻 ..... 2 住所・郵便番号 ..... 3 負傷者/軽負傷者  
なし  あり

4 物的損害  
A またはB以外の他の乗り物: 乗り物以外の物:  
なし  あり  なし  あり

5 証人: 氏名・住所・電話 .....

**乗り物 A**

6 保険契約者・被保険者\* \* 保険証参照  
氏名 .....  
住所 .....  
郵便番号 ..... 国 .....  
電話・メールアドレス .....

7 乗り物  
自動車: 連結車:  
車名・タイプ ..... プレートナンバー .....  
プレートナンバー ..... プレートナンバー .....  
許可した国 ..... 許可した国 .....

8 保険会社 (保険証参照) g  
会社名 .....  
契約番号 .....  
緑カード番号 .....  
保険証又は緑カードの有効期限 .....  
いつから .....  
いつまで .....  
支店・斡旋ブローカー名 .....  
住所 .....  
国 .....  
電話・メールアドレス .....  
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか  
いいえ  はい

9 運転手 (免許証を参照)  
氏名 .....  
誕生日 .....  
住所 .....  
国 .....  
電話・メールアドレス .....  
免許証番号 .....  
乗り物クラス (A, B, ...) .....  
免許証有効期限 .....



11 見える範囲での損害  
乗り物 A .....

14 独自に記述して下さい .....

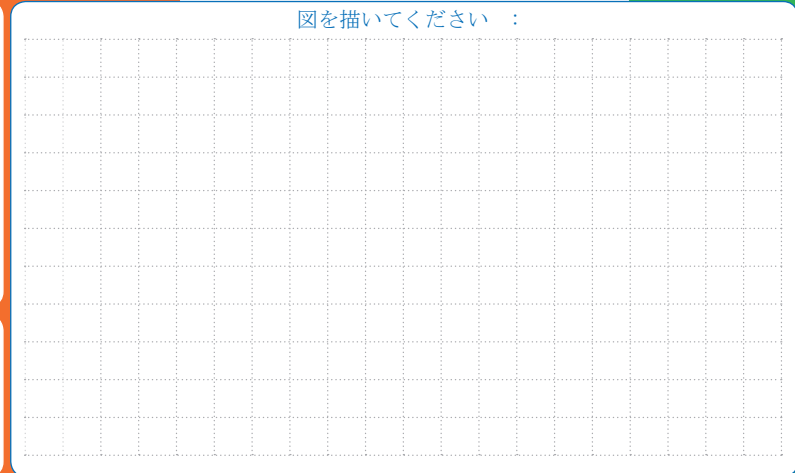
**事故の状況**

12 当てはまるところにまる印をつけてください。該当しない物は線を上から引いて否定してください。

A	事故になったときの状況は?	B
1	自分の車(以下同様)は止まった	1
2	駐車場を出た / ドアを開けた	2
3	駐車した	3
4	駐車場・私有地・道路から出た	4
5	駐車場・私有地・道路に入り始めた	5
6	ロータリー式道路に入ってきた	6
7	ロータリー式道路を運転中	7
8	同車線、同方向を運転中 前を走っていた相手の車の後部にぶつかった	8
9	方向は同じだが違う 車線を運転中	9
10	車線をかえた	10
11	追い越した	11
12	右折した	12
13	左折した	13
14	バックした	14
15	反対側車線に変えた	15
16	右から来た (十字路で)	16
17	優先通行権または赤信号を無視した	17

← まる印の数を書いてください。 →

13 衝突時の事故の図 あとで jp.accidentsketch.com  
で図を補足してください  
1. 車線  
2. 乗り物 A と B の進行方向 (矢印で)  
3. 衝突時のあなたのポジション  
4. 交通標識 5. 道路の名前



**乗り物 B**

6 保険契約者・被保険者\* \* 保険証参照  
氏名 .....  
住所 .....  
郵便番号 ..... 国 .....  
電話・メールアドレス .....

7 乗り物  
自動車: 連結車:  
車名・タイプ ..... プレートナンバー .....  
プレートナンバー ..... プレートナンバー .....  
許可した国 ..... 許可した国 .....

8 保険会社 (保険証参照)  
会社名 .....  
契約番号 .....  
緑カード番号 .....  
保険証又は緑カードの有効期限 .....  
いつから .....  
いつまで .....  
支店・斡旋ブローカー名 .....  
住所 .....  
国 .....  
電話・メールアドレス .....  
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか  
いいえ  はい

9 運転手 (免許証を参照)  
氏名 .....  
誕生日 .....  
住所 .....  
国 .....  
電話・メールアドレス .....  
免許証番号 .....  
乗り物クラス (A, B, ...) .....  
免許証有効期限 .....



11 見える範囲での損害  
乗り物 B .....

14 独自に記述して下さい .....