



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 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:



11 Daños apreciados en el vehículo A:

14 Observaciones:

CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

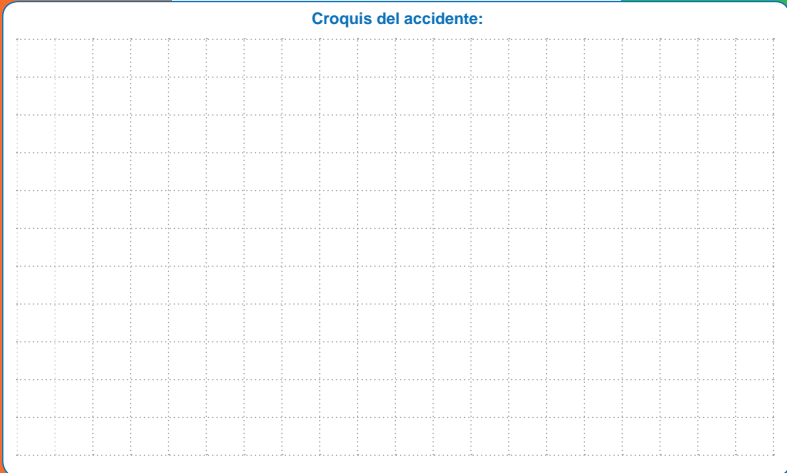
12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Táchese lo que no proceda:

A	¿Qué pasó?	B
<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 →

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)



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 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:



11 Daños apreciados en el vehículo B:

14 Observaciones:

15 Firmas de los dos conductores

A →

← **B**



1 Data do acidente Horário **2** Cidade - País - Cidade:

3 Feridos, inclusive ferimentos leves
 não sim

4 Danos materiais em
 outros veículos além de A e B outros objectos além dos veículos
 não sim não sim

5 Testemunhas nomes, endereços, telefones

Veículo A

6 Segurado* (ver apólice do egurado)

Apelido
 Nome
 Endereço
 Código Postal: País
 Telefone ou e-mail:

7 Veículo

VEÍCULO MOTORIZADO: REBOQUE:

Marca, tipo
 Matrícula Matrícula
 País de matrícula País de matrícula

8 Seguradora (ver apólice do segurado)

Nome
 Número do contrato
 Número do cartão verde
 Apólice de seguro ou cartão verde válido de de até
 Escritório (ou corretor de seguros)

Nome
 Endereço
 Telefone ou e-mail
 Os danos materiais no veículo estão seguros baseados no contrato? não sim

9 Condutor (ver carta de condução)

Apelido
 Nome
 Data de nascimento
 Endereço
 País
 Telefone ou e-mail
 Número carta de condução
 Classe (A, B, ...)
 Carta de condução válida até:

CONDIÇÕES DO ACIDENTE

12 Marcar cada campo respectivo para demonstrar o esboço. - * Riscar o que não se aplicar

A	O que aconteceu?	B
1	*Esta estacionada / Parado	1
2	*Saía de uma vaga de estacionamento/ Abriu uma porta do veículo	2
3	a estacionar	3
4	*Saía de uma vaga de estacionamento, de local privado ou de caminho particular	4
5	*Entrava num parque de estacionamento, local privado ou de um caminho particular	5
6	Entrava numa rotunda	6
7	Circulava numa rotunda	7
8	Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila	8
9	Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente	9
10	Mudava de fila	10
11	Ultrapassava	11
12	Virava à direita	12
13	Virava à esquerda	13
14	Recuava	14
15	Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário	15
16	Veio da direita (em um cruzamento)	16
17	Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho	17

← **Favor indicar a quantidade de campos marcados** →

Veículo B

6 Segurado* (ver apólice do egurado)

Apelido
 Nome
 Endereço
 Código Postal: País
 Telefone ou e-mail:

7 Veículo

VEÍCULO MOTORIZADO: REBOQUE:

Marca, tipo
 Matrícula Matrícula
 País de matrícula País de matrícula

8 Seguradora (ver apólice do segurado)

Nome
 Número do contrato
 Número do cartão verde
 Apólice de seguro ou cartão verde válido de até de até
 Escritório (ou corretor de seguros)

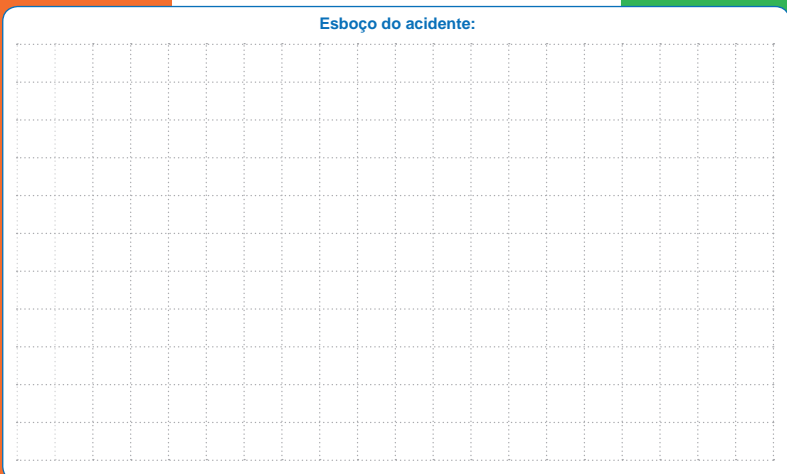
Nome
 Endereço
 Telefone ou e-mail
 Os danos materiais no veículo estão seguros baseados no contrato? não sim

9 Condutor (ver carta de condução)

Apelido
 Nome
 Data de nascimento
 Endereço
 País
 Telefone ou e-mail
 Número carta de condução
 Classe (A, B, ...)
 Carta de condução válida até:



11 Danos visíveis no veículo A:



11 Danos visíveis no veículo B:

14 Comentários pessoais:

15 Assinaturas dos condutores

14 Comentários pessoais:

