



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  no  sí  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: REMOLQUE: Marca, modelo Nº de matrícula Nº 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: REMOLQUE: Marca, modelo Nº de matrícula Nº de matrícula País de autorización País de autorización

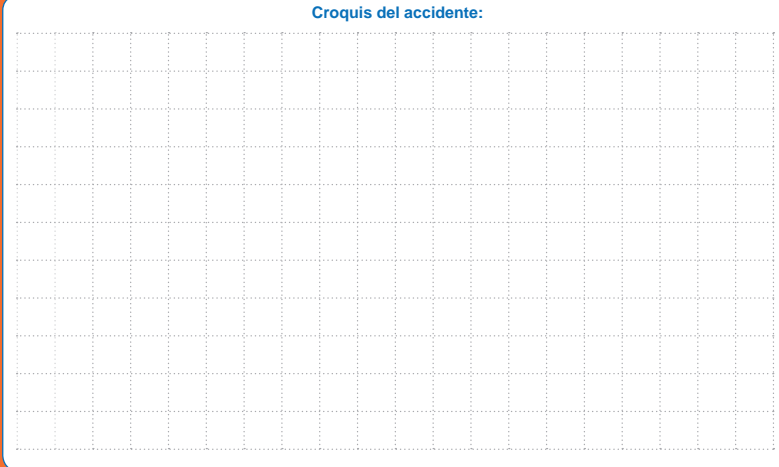
8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro) Nombre Nº de la póliza Nº de la Carta verde Certificado des seguro o Carta verde válidos de a Sucursal (oficina o agente) Nombre Dirección Teléfono o Email ¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no  sí

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:

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:

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)



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 Data wypadku	Godzina	2 Kraj / Kod pocztowy / miejscowość	3 Ranni, nawet lekko ranni nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
----------------	---------	-------------------------------------	---

4 Szkody materialne dotyczące innych pojazdów niż A i B nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	innych przedmiotów niż pojazdów: nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	5 Świadkowie: nazwiska, adresy, nr tel. ....
---	---	--

### Pojazd A

6 **Ubezpieczony\*** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)  
nazwisko .....  
imię .....  
adres .....  
kod pocztowy ..... kraj .....  
nr tel. lub e-mail .....

7 **Pojazd**  
pojazd mechaniczny: marka, typ .....  
nr rej. .... kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu .....

Przyczepa:  
nr rej. .... kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu .....

8 **Zakład ubezpieczeń** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)  
nazwa .....  
nr umowy .....  
nr zielonej karty .....  
potwierdzenie ubezpieczenia zielonej karty ważnej od ..... do .....

nazwa oddziału (biuro lub makler) .....  
adres .....  
kraj .....  
nr tel. lub e-mail .....

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie  tak

9 **Kierowca** (patrz prawo jazdy)  
nazwisko .....  
imię .....  
data ur. ....  
adres .....  
kraj .....  
nr tel. lub e-mail .....

nr prawa jazdy .....  
kategoria (A, B, ...) .....  
prawo jazdy ważne do .....



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu A .....

14 Uwagi własne: .....

### Okoliczności zdarzenia

12 W celu sprecyzowania szkicu zakreślić krzyżykiem odpowiednie pola. Niepotrzebne skreślić:

A	Jak doszło do wypadku?	B
1	parkował / stał	1
2	opuszczał parking / otwierał drzwi pojazdu	2
3	wjeżdżał na miejsce postoju	3
4	wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi	4
5	wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę	5
6	włączył się do ruchu okrężnego (rondo)	6
7	jechał w ruchu okrężnym	7
8	uderzył w tył pojazdu jadącego w tym samym kierunku i tym samym pasem	8
9	jechał w tym samym kierunku, lecz innym pasem	9
10	zmieniał pas ruchu	10
11	wyprzedzał	11
12	skręcał w prawo	12
13	skręcał w lewo	13
14	cofał	14
15	wjechał na pas ruchu dla przeciwnego kierunku	15
16	nadjeżdżał z prawej strony (na skrzyżowaniu)	16
17	zlekceważył znak pierwszeństwa przejazdu lub czerwone światło	17

← Podać liczbę zakreślonych pól →

13 **Szkic sytuacyjny wypadku w momencie kolizji**  
Proszę uzupełnić szkic później na [www.Szkic-Sytuacyjny.pl](http://www.Szkic-Sytuacyjny.pl)  
Proszę oznaczyć 1. układ dróg  
2. kierunki ruchu pojazdów A i B (oznaczyć strzałką),  
3. państwa pozycję w momencie kolizji,  
4. znaki drogowe, 5. nazwy ulic



### Pojazd B

6 **Ubezpieczony\*** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)  
nazwisko .....  
imię .....  
adres .....  
kod pocztowy ..... kraj .....  
nr tel. lub e-mail .....

7 **Pojazd**  
pojazd mechaniczny: marka, typ .....  
nr rej. .... kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu .....

Przyczepa:  
nr rej. .... kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu .....

8 **Zakład ubezpieczeń** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)  
nazwa .....  
nr umowy .....  
nr zielonej karty .....  
potwierdzenie ubezpieczenia lub zielonej karty ważnej od ..... do .....

nazwa oddziału (biuro lub makler) .....  
adres .....  
kraj .....  
nr tel. lub e-mail .....

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie  tak

9 **Kierowca** (patrz prawo jazdy)  
nazwisko .....  
imię .....  
data ur. ....  
adres .....  
kraj .....  
nr tel. lub e-mail .....

nr prawa jazdy .....  
kategoria (A, B, ...) .....  
prawo jazdy ważne do .....



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu B .....

14 Uwagi własne: .....

15 podpisy kierowców

A → B ←