



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

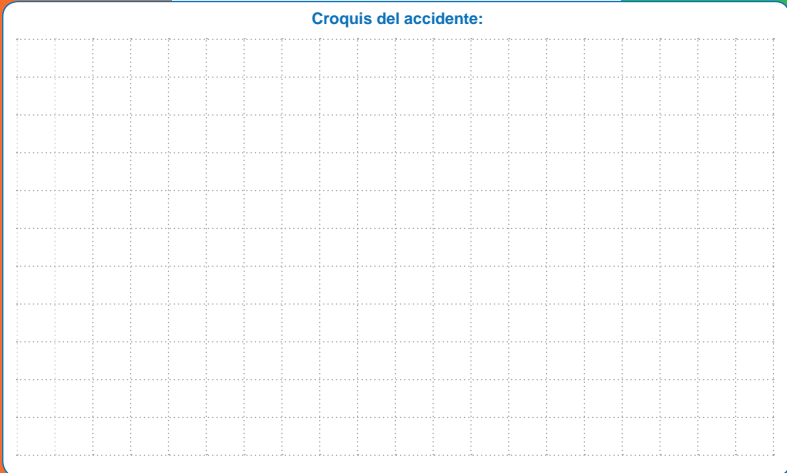
12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Táchese lo que no proceda:

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 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
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 ←