



<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 →

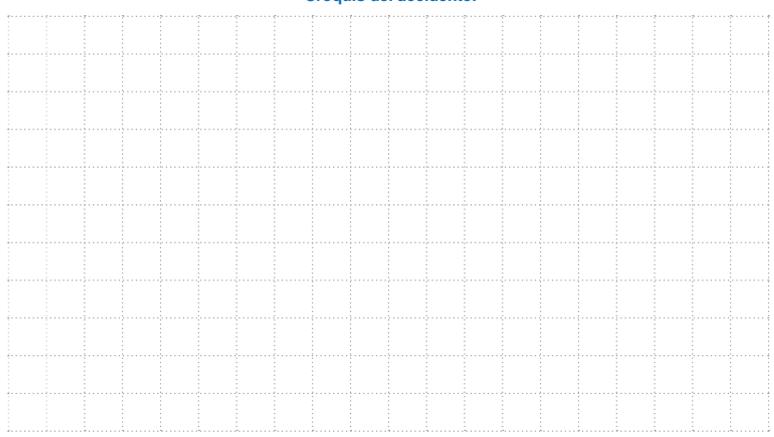


**11** Daños apreciados en el vehículo A: .....

**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** 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  **5** Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos .....

**VEHÍCULO A**

**6** Contratante del seguro/asegurado\* .....  
 Apellido .....  
 Nombre .....  
 Dirección .....  
 C. P.: ..... País .....  
 Teléfono o Email: .....

**7** Vehículo  
**VEHÍCULO DE MOTOR:** ..... **REMOLQUE:** .....  
 Marca, modelo .....  
 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\* .....  
 Apellido .....  
 Nombre .....  
 Dirección .....  
 C. P.: ..... País .....  
 Teléfono o Email: .....

**7** Vehículo  
**VEHÍCULO DE MOTOR:** ..... **REMOLQUE:** .....  
 Marca, modelo .....  
 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: .....

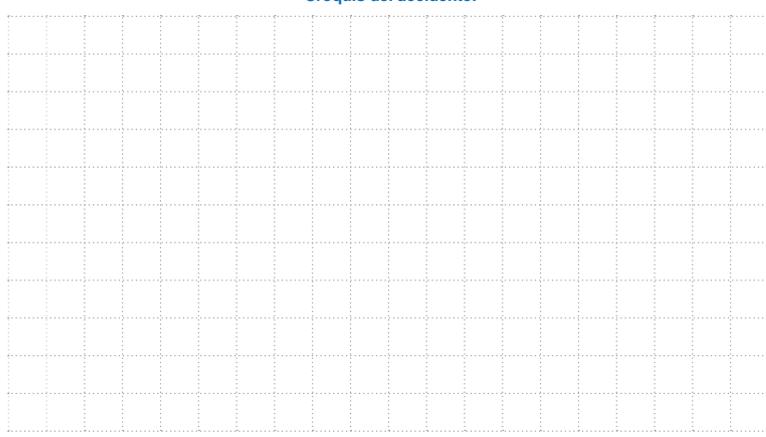
**10** Marque el punto del choque inicial en el vehículo A con una flecha →



**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: .....