



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: 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

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:

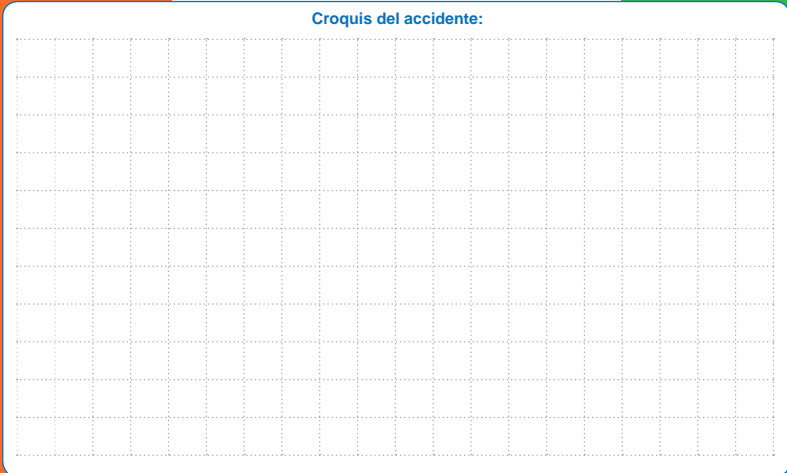
CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

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: 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

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 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
 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: