

<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 <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"/>	<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 .....  
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 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 .....  
Permiso válido hasta: .....

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



**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
1	*estaba estacionado/ parado	1
2	*salía de un estacionamiento/abría una puerta del vehículo	2
3	iba a estacionar	3
4	*salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra	4
5	*entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra	5
6	se disponía a entrar en un solar	6
7	entraba en un solar	7
8	colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8
9	circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente	9
10	cambiaba de carril	10
11	adelantaba	11
12	giraba a la derecha	12
13	giraba a la izquierda	13
14	daba marcha atrás	14
15	invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15
16	venía de la derecha (en un cruce)	16
17	no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo	17

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](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:



**15** Firmas de los dos conductores

A →

← B

### 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 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 .....  
Permiso válido hasta: .....

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



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

**14** Observaciones: .....

**1** Date of accident  Time  **2** Locality - Country - Place

**3** Injuries even if slight  
no  yes

**4** Material damage  
other than to vehicles A and B:  no  yes  objects other than vehicles:  no  yes

**5** Witnesses: names, addresses, tel.

**Vehicle A**

**6 Insured/policyholder\*** \* see insurance certificate  
Surname   
First name   
Address   
ZIP code  Country   
Tel. or e-mail

**7 Vehicle**  
**Motor:** Make, type   
Registration No.   
Country of registration   
**Trailer:** Registration No.   
Country of registration

**8 Insurance company** (see insurance certificate)  
Surname   
Policy No.   
Insurance Certificate valid from  to   
Agency (or bureau, or broker)   
Address   
Country   
Tel. or e-mail   
Does the policy cover material damage to the vehicle?  no  yes

**9 Driver** (see driving licence)  
Surname   
First name   
Date of birth   
Address   
Country   
Tel. or email   
Driving licence No.   
Category   
Driving licence valid until:

**Circumstances**

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing -\* delete where appropriate:

A	What happened?	B
<input type="checkbox"/>	* parked / stopped	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* leaving a parking space / opening a vehicle door	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a parking space	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*emerging from a parking space, from private premises, from a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entering a parking space, private premises, a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulating a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	going in the same direction but in a different line of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing lines of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	coming from the right (at a junction)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	had not observed a priority sign or a red light	<input type="checkbox"/>

← State the number of boxes marked with a cross →

**13 Sketch of accident when impact occurred**  
Complete your sketch later: [www.AccidentSketch.com](http://www.AccidentSketch.com)  
Indicate 1. the layout of the road 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their position at the time of impact 4. the road signs 5. names of the streets or roads

**Vehicle B**

**6 Insured/policyholder\*** \* see insurance certificate  
Surname   
First name   
Address   
Zip code  Country   
Tel. or e-mail

**7 Vehicle**  
**Motor:** Make, type   
Registration No.   
Country of registration   
**Trailer:** Registration No.   
Country of registration

**8 Insurance company** (see insurance certificate)  
Surname   
Policy No.   
Insurance Certificate valid from  to   
Agency (or bureau, or broker)   
Address   
Country   
Tel. or e-mail   
Does the policy cover material damage to the vehicle?  no  yes

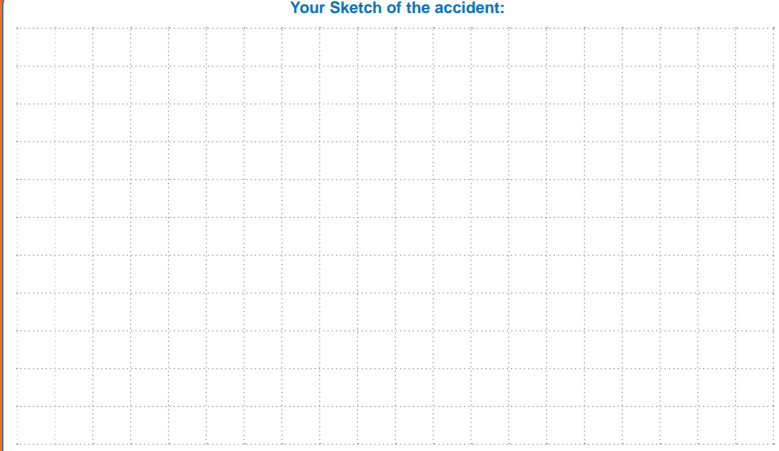
**9 Driver** (see driving licence)  
Surname   
First name   
Date of birth   
Address   
Country   
Tel. or email   
Driving licence No.   
Category   
Driving licence valid until:

**10** Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →



**11 Visible damage to vehicle A:**

**Your Sketch of the accident:**



**10** Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →



**11 Visible damage to vehicle B:**

**14 My remarks:**

**15 Signatures of the drivers**

**A**  **B**

**14 My remarks:**