



1 Olyckan hände, datum Tid

2 Postnr / Ort

3 Skadade inkl. lätt skadade
nej ja

4 Materiell skada på
andra fordon än A och B: nej ja andra föremål än fordon: nej ja

5 Vittnen: namn, adresser, telefon

Fordon A

6 Försäkringstagare/ den försäkrade* * se försäkringsintyg
Efternamn
Förnamn
Adress
Postnr Land
Tel. eller e-post

7 Fordon

Motorfordon: Märke, typ
Registreringsnummer
registrerat i landet

Släpvagn: Registreringsnummer
registrerat i landet

8 Försäkringsbolag (se försäkringsbevis)

Namn
Kontraktnummer
Gröna kortets nummer
Försäkringsbevis eller grönt kort giltigt f.o.m
t.o.m
Expeditionens namn (kontor eller mäklare)
Adress
Land
Tel. eller e-post
Är de materiella skadorna på fordonet försäkrade på grund av kontraktet? nej ja

9 Bilförare (se körkort)

Efternamn
Förnamn
Födelsedatum
Adress
Land
Tel. oder e-post
Körkortsnummer
Körkortsklass (A, B, ...)
Körkort giltigt t.o.m



11 Synliga skador på fordon A

14 Egna anmärkningar

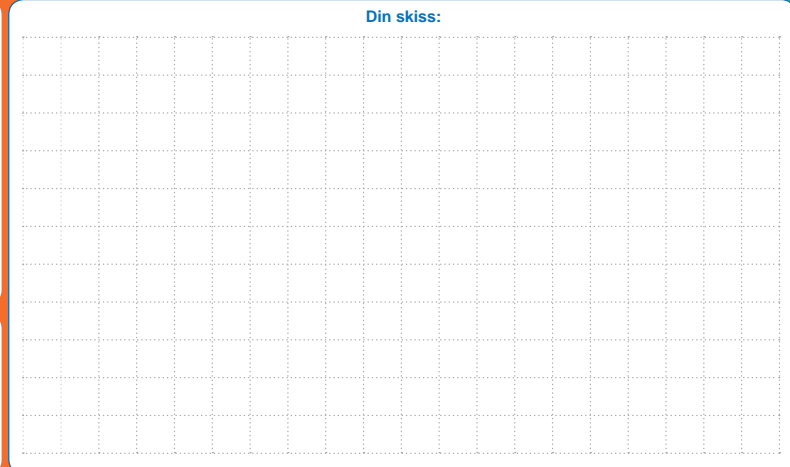
Olycksförhållanden

12 Kryssa i varje motsvarande ruta för att precisera skissen. Stryk den text som inte stämmer:

A	Hur kom det sig att olyckan hände?	B
<input type="checkbox"/>	1 parkerade / stannade till	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 lämnade en parkeringsplats / öppnade en bildörr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 höll på att parkera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 lämnade en parkeringsplats, en privat tomt, en väg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 började köra in på en parkeringsplats, en privat tomt, en väg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 körde in i en rondell	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 körde i en rondell	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 stötte ihop med häcken vid körning i samma riktning och i samma fil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 körde i samma riktning och i en annan fil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 bytte fil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 körde om	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 tog av till höger	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 tog av till vänster	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 backade	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 körde över till filen i motsatt riktning	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 kom från höger (i en korsning)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 hade inte beaktat en huvudled eller ett rött ljus	<input type="checkbox"/>

← Var god uppge antalet kryssade rutor →

13 Skiss av olyckan vid den tidpunkt krocken hände
Komplettera din skiss senare på se.accidentsketch.com
Var god ange: 1. filernas riktningar
2. fordonen A och B:s körriktning (med pilar)
3. deras position vid den tidpunkt krocken hände
4. vägmärkena 5. gatunamnen



Fordon B

6 Försäkringstagare/ den försäkrade* * se försäkringsintyg
Efternamn
Förnamn
Adress
Postnr Land
Tel. eller e-post

7 Fordon

Motorfordon: Märke, typ
Registreringsnummer
registrerat i landet

Släpvagn: Registreringsnummer
registrerat i landet

8 Försäkringsbolag (se försäkringsbevis)

Namn
Kontraktnummer
Gröna kortets nummer
Försäkringsbevis eller grönt kort giltigt f.o.m
t.o.m
Expeditionens namn (kontor eller mäklare)
Adress
Land
Tel. eller e-post
Är de materiella skadorna på fordonet försäkrade på grund av kontraktet? nej ja

9 Bilförare (se körkort)

Efternamn
Förnamn
Födelsedatum
Adress
Land
Tel. oder e-post
Körkortsnummer
Körkortsklass (A, B, ...)
Körkort giltigt t.o.m



11 Synliga skador på fordon B

14 Egna anmärkningar

15 Bilförarnas underskrifter





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:

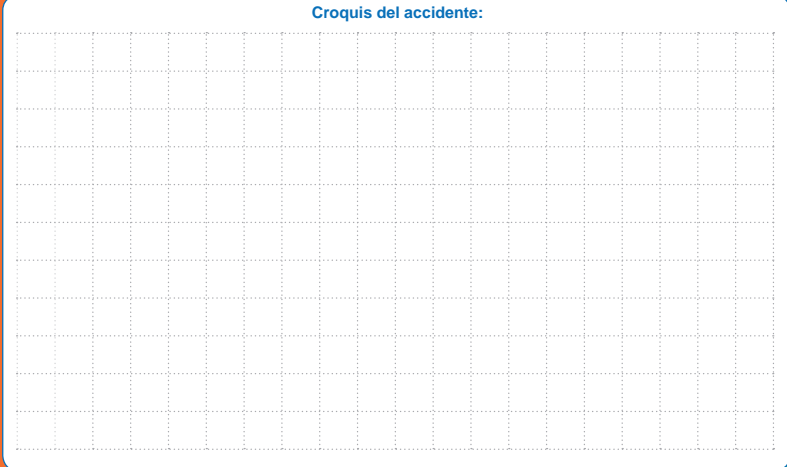
CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

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**