



**1** Datum van de aanrijding Tijd

**2** Land · Plaats · Straat:

**3** Gewonden, incl. lichtgewonden  
neen  ja

**4** Materiële schade aan  
andere voertuigen dan A en B:      andere voorwerpen aan voertuigen  
neen  ja       neen  ja

**5** Getuigen: naam, adres, telefoon

**Voertuig A**

**6** Verzekeringnemer/verzekerde\* \* zie de verzekeringspolis

Naam .....  
Voornaam .....  
Straat .....  
Postcode ..... Land .....  
Telefoon of e-mailadres .....

**7** Voertuig

**Motorvoertuig:**      **Aanhanger:**

Merk, type .....  
Kenteken / verz. plaat ..... Kenteken / verz. plaat .....

Land van registratie ..... Land van registratie .....

**8** Verzekeringmaatschappij (zie de verzekeringspolis)

Naam .....  
Polisnummer .....  
Nummer groene kaart .....  
Verzekeringpolis  
of groene kaart geldig van ..... tot .....

Filiaal (of bureau of agent) .....

Adres .....  
Land .....  
Telefoon of e-mailadres .....

Is de materiële schade aan het voertuig op grond van de polis verzekerd? neen  ja

**9** Bestuurder (zie rijbewijs)

Naam .....  
Voornaam .....  
Geboortedatum .....  
Adres .....  
Land .....  
Telefoon of e-mailadres .....

Rijbewijsnummer .....  
Categorie (A, B, ...) .....  
Rijbewijs geldig tot: .....

**Toedracht**

Zet een kruis (X) in elk van de betreffende vakjes, om de schets te verduidelijken.  
**\* Doorhalen wat niet van toepassing is.**

A	Wat is zorg?	B
1	* stond geparkeerd / stil	1
2	* reed weg uit parkeerstand / opende een portier	2
3	ging parkeren	3
4	*reed weg van een parkeerplaats, een uitrit, een onverharde weg	4
5	*was bezig een parkeerplaats, een inrit, een onverharde weg op te rijden	5
6	wilde een rotonde oprijden	6
7	reed in een rotonde	7
8	botste tijdens het rijden in dezelfde richting en op dezelfde file op achterzijde voorganger	8
9	reed in dezelfde richting en in een andere file	9
10	veranderde van file	10
11	haalde in	11
12	ging rechtsaf	12
13	ging linksaf	13
14	reed achteruit	14
15	kwam op het weggedeelte bestemd voor het tegemoetkomende verkeer	15
16	kwam van rechts (op een kruising)	16
17	lette niet op het voorrangsteken of het rode verkeerslicht	17

← Vermeld het aantal aangekruiste vakjes →

**13** **Situatieschets van de aanrijding**

Vul uw tekening later hier: [www.situatie-schets.nl](http://www.situatie-schets.nl)

Goed aangeven: 1. verloop van de rijbanen  
2. rijrichting van voertuigen A en B  
3. hun positie op het moment van de botsing 4. de verkeerstekens 5. de straatnamen (of wegen)

**Voertuig B**

**6** Verzekeringnemer/verzekerde\* \* zie de verzekeringspolis

Naam .....  
Voornaam .....  
Straat .....  
Postcode ..... Land .....  
Telefoon of e-mailadres .....

**7** Voertuig

**Motorvoertuig:**      **Aanhanger:**

Merk, type .....  
Kenteken / verz. plaat ..... Kenteken / verz. plaat .....

Land van registratie ..... Land van registratie .....

**8** Verzekeringmaatschappij (zie de verzekeringspolis)

Naam .....  
Polisnummer .....  
Nummer groene kaart .....  
Verzekeringpolis  
of groene kaart geldig van ..... tot .....

Filiaal (of bureau of agent) .....

Adres .....  
Land .....  
Telefoon of e-mailadres .....

Is de materiële schade aan het voertuig op grond van de polis verzekerd? neen  ja

**9** Bestuurder (zie rijbewijs)

Naam .....  
Voornaam .....  
Geboortedatum .....  
Adres .....  
Land .....  
Telefoon of e-mailadres .....

Rijbewijsnummer .....  
Categorie (A, B, ...) .....  
Rijbewijs geldig tot: .....

**10** Geef met een pijl de plaats aan waar het voertuig A het eerst werd geraakt →

**Situatieschets:**

**10** Geef met een pijl de plaats aan waar het voertuig B het eerst werd geraakt →

**11** Zichtbare schade aan voertuig A:

**11** Zichtbare schade aan voertuig B:

**14** Eigen opmerkingen:

**15** Handtekening bestuurders

**14** Eigen opmerkingen:





**1** Datum des Unfalls ..... Zeit ..... **2** PLZ / Ort .....

**3** Verletzte, einschl. Leichtverletzte  
nein  ja

**4** Sachschäden an  
anderen Fahrzeugen als A und B: ..... anderen Gegenständen als Fahrzeugen: .....

nein  ja  nein  ja

**5** Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon .....

**Fahrzeug A**

**6** Versicherungsnehmer/Versicherter\* \*s. Versicherungsbescheinigung  
Name .....  
Vorname .....  
Anschrift .....  
PLZ ..... Land .....  
Tel. oder e-Mail .....

**7** Fahrzeug  
**Kraftfahrzeug:** ..... **Anhänger:** .....

Marke, Typ .....  
Amtliches Kennzeichen ..... Amtliches Kennzeichen .....

Land der Zulassung ..... Land der Zulassung .....

**8** Versicherungsunternehmen (s. Versicherungsbescheinigung)  
Name .....  
Vertragsnummer .....  
Nr. der Grünen Karte .....  
Versicherungsbescheinigung  
oder Grüne Karte gültig vom .....  
bis .....  
Name der Geschäftsstelle (Büro oder Makler) .....

Anschrift .....  
Land .....  
Tel. oder e-Mail .....

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**9** Fahrer (siehe Führerschein)  
Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Anschrift .....  
Land .....  
Tel. oder E-Mail .....

Führerschein-Nr. ....  
Klasse (A, B, ...) .....  
Führerschein gültig bis .....



**11** Sichtbare Schäden am Fahrzeug A .....

**14** Eigene Bemerkungen .....

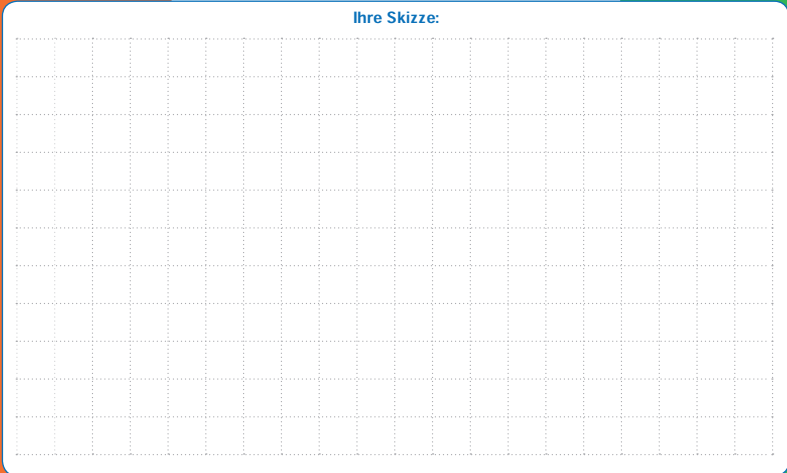
## Unfallumstände

**12** Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren. Nichtzutreffenden Text streichen:

A	Wie kam es zum Unfall?	B
<input type="checkbox"/>	1 parkte /hielt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 parkte ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 fuhr in einem Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Fahrspur auf das Heck auf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Fahrspur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 wechselte die Fahrspur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 überholte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 bog nach links ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 setzte zurück	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 wechselte auf die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/>

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

**13** Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls  
Ergänzen Sie Ihre Skizze später auf [www.Unfallskizze.de](http://www.Unfallskizze.de)  
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren  
2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile)  
3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls  
4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen



**Fahrzeug B**

**6** Versicherungsnehmer/Versicherter\* \*s. Versicherungsbescheinigung  
Name .....  
Vorname .....  
Anschrift .....  
PLZ ..... Land .....  
Tel. oder e-Mail .....

**7** Fahrzeug  
**Kraftfahrzeug:** ..... **Anhänger:** .....

Marke, Typ .....  
Amtliches Kennzeichen ..... Amtliches Kennzeichen .....

Land der Zulassung ..... Land der Zulassung .....

**8** Versicherungsunternehmen (s. Versicherungsbescheinigung)  
Name .....  
Vertragsnummer .....  
Nr. der Grünen Karte .....  
Versicherungsbescheinigung  
oder Grüne Karte gültig vom .....  
bis .....  
Name der Geschäftsstelle (Büro oder Makler) .....

Anschrift .....  
Land .....  
Tel. oder e-Mail .....

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**9** Fahrer (siehe Führerschein)  
Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Anschrift .....  
Land .....  
Tel. oder E-Mail .....

Führerschein-Nr. ....  
Klasse (A, B, ...) .....  
Führerschein gültig bis .....



**11** Sichtbare Schäden am Fahrzeug B .....

**14** Eigene Bemerkungen .....

**15** Unterschriften der Fahrer **15**

**A** **B**



**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   
Postcode  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.   
Green Card No.   
Insurance Certificate or Green Card 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 (A, B, ...)   
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   
Postcode  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.   
Green Card No.   
Insurance Certificate or Green Card 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 (A, B, ...)   
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:



**1** Date de l'accident  Heure

**2** Localisation · Pays · Lieu

**3** Blessé(s) même léger(s) non  oui

**4** Dégâts matériels

à des véhicules autres que A et B:  oui  non  oui  non  oui  non  oui

**5** Témoins noms, adresses, tél.

**Véhicule A**

**6** Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)\* \*voir attestation d'assurance

Nom

Prénom

Adresse

Code postal  Pays

Tél. ou e-mail

**7 Véhicule**

à moteur: Marque, type

N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

remorque: N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

**8 Société d'assurance** (voir attestation d'assurance)

Nom

N° de contrat

N° de carte verte

Attestation d'assurance ou carte verte valable du  au

Agence (ou bureau, ou courtier)

Adresse

Pays

Tél. ou email

Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat? non  oui

**9 Conducteur** (voir permis de conduire)

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Pays

Tél. ou email

Permis de conduire no.

Catégorie (A, B, ...)

Permis valable jusqu'au:

**Circonstances**

**12** Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis - \* Rayer la mention inutile:

A	Que s'est-il passé?	B
<input type="checkbox"/>	* en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* quittait un stationnement / ouvrait une portière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	roulait sur une place	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changeait de file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	doublait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	virait à droite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	virait à gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reculait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	venait de droite (carrefour)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/>

← Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

**Véhicule B**

**6** Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)\* \*voir attestation d'assurance

Nom

Prénom

Adresse

Code postal  Pays

Tél. ou e-mail

**7 Véhicule**

à moteur: Marque, type

N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

remorque: N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

**8 Société d'assurance** (voir attestation d'assurance)

Nom

N° de contrat

N° de carte verte

Attestation d'assurance ou carte verte valable du  au

Agence (ou bureau, ou courtier)

Adresse

Pays

Tél. ou email

Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat? non  oui

**9 Conducteur** (voir permis de conduire)

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Pays

Tél. ou email

Permis de conduire no.

Catégorie (A, B, ...)

Permis valable jusqu'au:



**11 Dégâts apparents sur véhicule A:**



**11 Dégâts apparents sur véhicule B:**

**14 Mes observations:**

**15** Signature des conducteurs **15**

**14 Mes observations:**





**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  no  sí

**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 ..... de .....  
o Carta verde válidos ..... 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](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)



**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 ..... de .....  
o Carta verde válidos ..... 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**



# Declaração de Acidente

Não demonstra reconhecimento de culpa, e sim para assegurar a identidade e as circunstâncias, que acelera o processo da regulação

Accidentsketch.com

1 Data do acidente ..... Horário ..... 2 Cidade - País - Cidade: .....

3 Feridos, inclusive ferimentos leves  
não  sim

4 Danos materiais em  
outros veículos além de A e B ..... outros objectos além dos veículos .....  
não  sim  não  sim

5 Testemunhas nomes, endereços, telefones .....

**Veículo A**

6 Segurado\* (ver apólice do egurado)  
Apelido .....  
Nome .....  
Endereço .....  
Código Postal: ..... País .....  
Telefone ou e-mail: .....

7 Veículo  
VEÍCULO MOTORIZADO: REBOQUE:  
Marca, tipo .....  
Matrícula ..... Matrícula .....  
País de matrícula ..... País de matrícula .....

8 Seguradora (ver apólice do segurado)  
Nome .....  
Número do contrato .....  
Número do cartão verde .....  
Apólice de seguro ou cartão verde válido de ..... de ..... até .....  
Escritório (ou corretor de seguros) .....  
Nome .....  
Endereço .....  
Telefone ou e-mail .....  
Os danos materiais no veículo estão seguros baseados no contrato? não  sim

9 Condutor (ver carta de condução)  
Apelido .....  
Nome .....  
Data de nascimento .....  
Endereço .....  
País .....  
Telefone ou e-mail .....  
Número carta de condução .....  
Classe (A, B, ...) .....  
Carta de condução válida até: .....



11 Danos visíveis no veículo A: .....

14 Comentários pessoais: .....

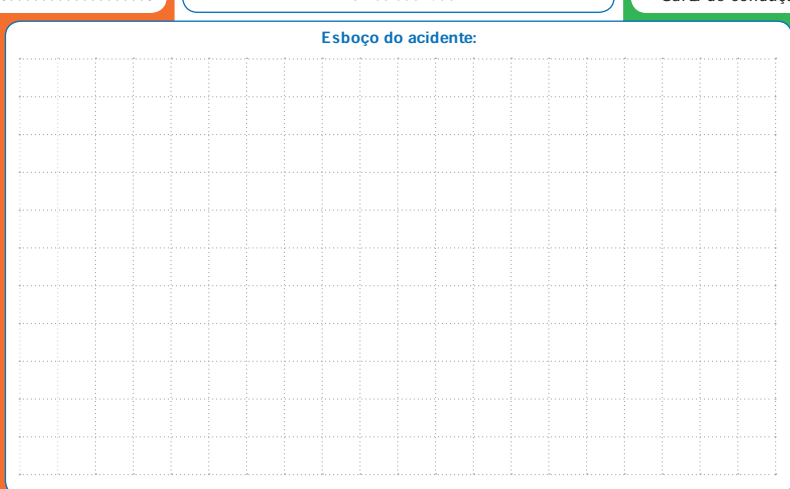
**CONDIÇÕES DO ACIDENTE**

12 Marcar cada campo respectivo para demonstrar o esboço. - \* Riscar o que não se aplicar

A	O que aconteceu?	B
1	*Esta estacionada /Parado	1
2	*Saia de uma vaga de estacionamento / Abriu uma porta do veículo	2
3	a estacionar	3
4	*Saia de uma vaga de estacionamento, de local privado ou de caminho particular	4
5	*Entrava num parque de estacionamento, local privado ou de um caminho particular	5
6	Entrava numa rotunda	6
7	Circulava numa rotunda	7
8	Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila	8
9	Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente	9
10	Mudava de fila	10
11	Ultrapassava	11
12	Virava à direita	12
13	Virava à esquerda	13
14	Recuava	14
15	Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário	15
16	Veio da direita (em um cruzamento)	16
17	Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho	17

← Favor indicar a quantidade de campos marcados →

13 Esboço do acidente na hora da colisão  
Completa o desenho mais tarde aqui: [www.AccidentSketch.com](http://www.AccidentSketch.com)  
Favor indicar 1. disposição das pistas de rolamento 2 direcção de marcha dos veículos A e B através de flechas; 3. sua posição na hora da colisão 4 os sinais de trânsito 5 os nomes das ruas



**Veículo B**

6 Segurado\* (ver apólice do egurado)  
Apelido .....  
Nome .....  
Endereço .....  
Código Postal: ..... País .....  
Telefone ou e-mail: .....

7 Veículo  
VEÍCULO MOTORIZADO: REBOQUE:  
Marca, tipo .....  
Matrícula ..... Matrícula .....  
País de matrícula ..... País de matrícula .....

8 Seguradora (ver apólice do segurado)  
Nome .....  
Número do contrato .....  
Número do cartão verde .....  
Apólice de seguro ou cartão verde válido de ..... de ..... até .....  
Escritório (ou corretor de seguros) .....  
Nome .....  
Endereço .....  
Telefone ou e-mail .....  
Os danos materiais no veículo estão seguros baseados no contrato? não  sim

9 Condutor (ver carta de condução)  
Apelido .....  
Nome .....  
Data de nascimento .....  
Endereço .....  
País .....  
Telefone ou e-mail .....  
Número carta de condução .....  
Classe (A, B, ...) .....  
Carta de condução válida até: .....



11 Danos visíveis no veículo B: .....

14 Comentários pessoais: .....

15 Assinaturas dos condutores

A → B ←