

1 事故の日付 時刻 2 住所・郵便番号 3 負傷者/軽負傷者
なし あり

4 物的損害 A またはB以外の他の乗り物: 乗り物以外の物:
なし あり なし あり

5 証人: 氏名・住所・電話

乗り物 A

6 保険契約者・被保険者* * 保険証参照
氏名
住所
郵便番号 国
電話・メールアドレス

7 乗り物
自動車: 車名・タイプ
プレートナンバー
許可した国
連結車: プレートナンバー
許可した国

8 保険会社 (保険証参照) g
会社名
契約番号
緑カード番号
保険証又は緑カードの有効期限 いつから
いつまで
支店・斡旋ブローカー名
住所
国
電話・メールアドレス
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか
いいえ はい

9 運転手 (免許証を参照)
氏名
誕生日
住所
国
電話・メールアドレス
免許証番号
乗り物クラス (A, B, ...)
免許証有効期限

事故の状況

12 当てはまるところにまる印をつけてください。該当しない物は線を上から引いて否定してください。

A	事故になったときの状況は?	B
1	自分の車(以下同様)は止まった	1
2	駐車場を出た / ドアを開けた	2
3	駐車した	3
4	駐車場・私有地・道路から出た	4
5	駐車場・私有地・道路に入り始めた	5
6	ロータリー式道路に入ってきた	6
7	ロータリー式道路を運転中	7
8	同車線、同方向を運転中 前を走っていた相手の車の後部にぶつかった	8
9	方向は同じだが違う 車線を運転中	9
10	車線をかえた	10
11	追い越した	11
12	右折した	12
13	左折した	13
14	バックした	14
15	反対側車線に変えた	15
16	右から来た (十字路で)	16
17	優先通行権または赤信号を無視した	17

← まる印の数を書いてください。 →

13 衝突時の事故の図 あとで jp.accidentsketch.com
で図を補足してください
1. 車線
2. 乗り物 A と B の進行方向 (矢印で)
3. 衝突時のあなたのポジション
4. 交通標識 5. 道路の名前

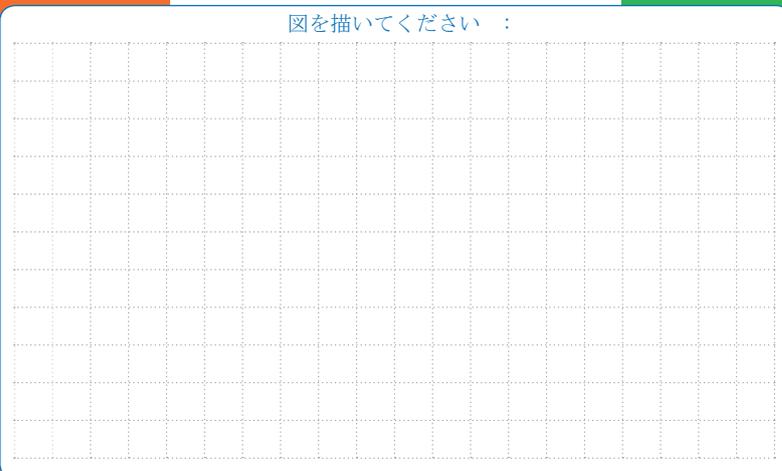
乗り物 B

6 保険契約者・被保険者* * 保険証参照
氏名
住所
郵便番号 国
電話・メールアドレス

7 乗り物
自動車: 車名・タイプ
プレートナンバー
許可した国
連結車: プレートナンバー
許可した国

8 保険会社 (保険証参照)
会社名
契約番号
緑カード番号
保険証又は緑カードの有効期限 いつから
いつまで
支店・斡旋ブローカー名
住所
国
電話・メールアドレス
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか
いいえ はい

9 運転手 (免許証を参照)
氏名
誕生日
住所
国
電話・メールアドレス
免許証番号
乗り物クラス (A, B, ...)
免許証有効期限



11 見える範囲での損害
乗り物 A

11 見える範囲での損害
乗り物 B

14 独自に記述して下さい

15 両者運転手のサイン

14 独自に記述して下さい



1 Data dell'incidente Ora

2 Luogo - Paese - Località

3 Feriti, ivi compresi leggermente feriti
no si

4 Danno materiale
ad ulteriori veicoli tranne A e B ad oggetti tranne veicoli
no si no si

5 Testimoni nomi, indirizzi, numeri di telefono

VEICOLO A

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
T Telefono o e-mail:

7 **VEICOLO**
AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**
Marca, modello
Targa Targa
Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)
Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al
Sede (o ufficio o sensale)
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no si

9 **Conducente** (vedi patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:



11 **Danni visibili al veicolo A:**

14 **Osservazioni personali:**

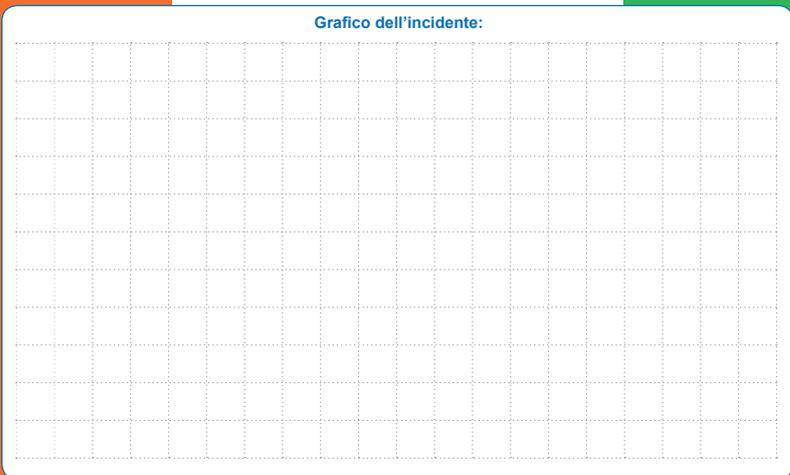
MODALITÀ DEL SINISTRO

12 Barrare le caselle corrispondenti onde precisare il grafico - * Cancellare ciò che non interessa:

A	Che cosa è successo?	B
<input type="checkbox"/>	* stava parcheggiato/stava fermo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* uscì da un parcheggio/apri una portiera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*uscì da un parcheggio, da un terreno di proprietà privata, da una via	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*iniziò ad entrare in un parcheggio, in un terreno di proprietà privata, in una via	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entrò in una circolazione rotatoria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	viaggiava in una circolazione rotatoria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	urtò la parte posteriore dell'altro veicolo andando nella stessa direzione e nella stessa colonna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	andava nella stessa direzione e in una colonna diversa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiò colonna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	sorpassò	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	svoltò a destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	svoltò a sinistra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retrocedette	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiò andando su una corsia riservata al traffico in senso contrario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	arrivò da destra (su un incrocio)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	non aveva osservato un segnale di precedenza o un semaforo rosso	<input type="checkbox"/>

← **Indicare il numero di caselle barrate a** →

13 **Grafico dell'incidente al momento dell'urto iniziale**
Completare il disegno poi qui: www.graficoincidente.it
Indicare per favore:
1. il tracciato delle corsie 2. la direzione di marcia dei veicoli A, B (con frecce) 3. la loro posizione al momento dell'urto 4. i segnali stradali 5. i nomi delle vie



VEICOLO B

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
T Telefono o e-mail:

7 **VEICOLO**
AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**
Marca, modello
Targa Targa
Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)
Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al
Sede (o ufficio o sensale)
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no si

9 **Conducente** (vedi patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:



11 **Danni visibili al veicolo B:**

14 **Osservazioni personali:**

15 **Firme dei conducenti**