

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・幹旋ブローカー名

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

10 乗り物Aの衝突した箇所に矢印をつけてください →



11 見える範囲での 損害 乗り物 A

14 独自に記述して下さい

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・幹旋ブローカー名

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

10 乗り物 B の衝突した箇所に矢印をつけてください →



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

両者運転手のサイン

15

15

jp.accidentsketch.com | 事故報告と損害行為のオンライン | ClaimMS 社 | PO-Box 111248 | D-57258 Freudenberg | www.Claim.MS

電話: +49 271 222 9 222 | メール: Info@Claim.MS | jp.accidentsketch.com



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
no ☐ sí ☐
en otros objetos que sean vehículos
no ☐ sí ☐

5 Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos

6 Contratante del seguro/asegurado*
Apellido
Nombre
Dirección
C. P.: País
Teléfono o Email:

7 Vehículo
VEHÍCULO DE MOTOR: REMOLQUE:
Marca, modelo
Nº de matrícula
País de autorización

8 Compañía aseguradora
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
Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento
Dirección
País
Teléfono o Email
Permiso de conducir nº
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:

14 Observaciones:

12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Téchese 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
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)

6 Contratante del seguro/asegurado*
Apellido
Nombre
Dirección
C. P.: País
Teléfono o Email:

7 Vehículo
VEHÍCULO DE MOTOR: REMOLQUE:
Marca, modelo
Nº de matrícula
País de autorización

8 Compañía aseguradora
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
Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento
Dirección
País
Teléfono o Email
Permiso de conducir nº
Categoría (A, B,...)
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:

15 Firmas de los dos conductores

14 Observaciones:

A

B

CroquisAccidente.es | Un servicio de ClaimMS GmbH | Postfach 111248 | D-57258 Freudenberg | www.Claim.MS

Infoline: +49 271 222 9 222 | eMail: Info@Claim.MS | www.croquisaccidente.es