



**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

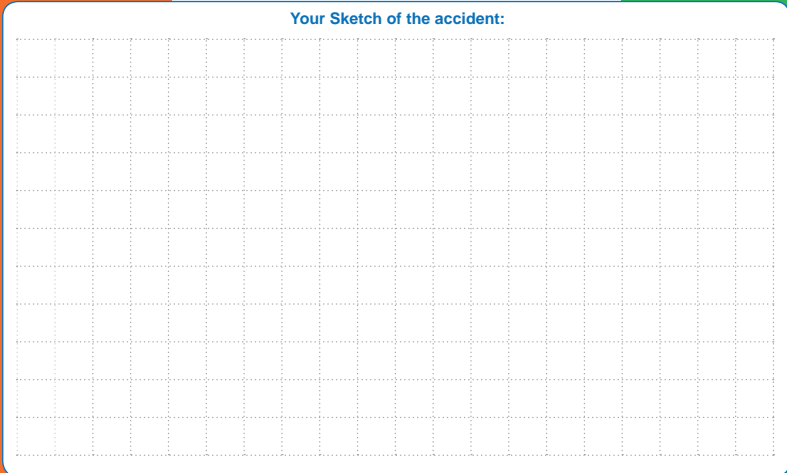
**8 Insurance company** (see insurance certificate)  
Surname   
Policy No.   
Green Card No.   
Insurance Certificate or Green Card valid from  to   
Agency (or bureau, or broker)   
Address   
Country   
Tel. or e-mail   
Does the policy cover material damage to the vehicle?  no  yes

**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:

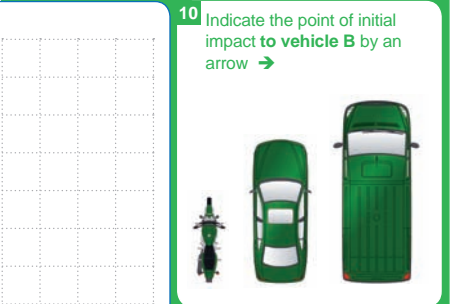


**11 Visible damage to vehicle A:**

**14 My remarks:**



**15 Signatures of the drivers**



**11 Visible damage to vehicle B:**

**14 My remarks:**



**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:** Marca, modello .....  
Targa .....  
Paese 'immatricolazione .....  
**RIMORCHIATO:** Targa .....  
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 Conduttore** (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: .....

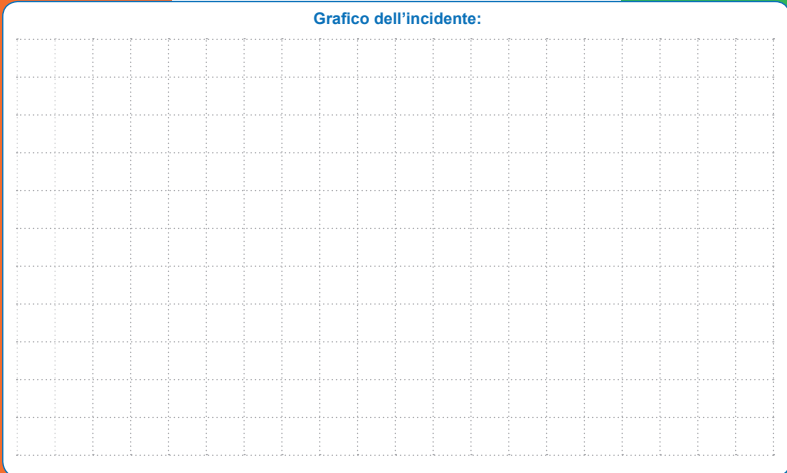
**MODALITÀ DEL SINISTRO**

**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](http://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 .....  
Telefono o e-mail: .....

**7 VEICOLO**

**AUTOVETTURA:** Marca, modello .....  
Targa .....  
Paese 'immatricolazione .....  
**RIMORCHIATO:** Targa .....  
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 Conduttore** (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 conduttori

A → B ←