



1 Дата ДТП	Время	2 Место ДТП	3 Раненые, вкл. легкие ранения нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>
4 Материальный ущерб, нанесенный другим ТС кроме „А“ и „В“: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>		другому имуществу кроме ТС: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	
5 Свидетели ДТП: имя, фамилия, адрес, телефон			

Транспортное средство А

6 Страхователь/застрахованное лицо* * см. страхового полиса

Фамилия
Имя
Адрес
Почт. индекс Страна

Тел. или e-Mail

7 Транспортное средство

Автомобиль: Марка, модель Госуд. регистр. знак Страна регистрации	Автоприцеп: Госуд. регистр. знак Страна регистрации
--	--

8 Страховщик* (*см. страхового полиса)

Фамилия
Номер страхового полиса
Номер зеленой карты
Страховой полис или зеленая карта действительны с до

Наименование страховщика (компания или маклер)
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет да

9 Водитель (см. вод. удостоверение)

Фамилия
Имя
Дата рождения
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

№ вод. удостоверения
Категория (А, В, ...)
Вод. удостоверение действительно до



11 Перечень видимых повреждений на ТС „А“

.....
.....
.....

14 Замечания

.....
.....
.....

Обстоятельства ДТП

Отметить нужную клетку для точности схемы.
Ненужный текст зачеркнуть.

А	Как произошло ДТП ?	В
<input type="checkbox"/>	1 припарковался на стоянке	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 выехал со стоянки / открыл дверь машины	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 парковался	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 выезжал с места парковки, со двора, с дороги	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 заезжал на стоянку, во двор, на дорогу	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 заезжал на перекресток с круговым движением	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 двигался по перекрестку с круговым движением	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 столкнулся с ТС, двигавшемся в том же направлении по той же полосе	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 двигался в том же направлении по другой полосе	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 менял полосу	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 обгонял	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 поворачивал направо	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 поворачивал налево	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 двигался задним ходом	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 выехал на сторону дороги, предназначенной для встречного движения	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 подъехал с правой стороны (на перекрестке)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 не выполнил требования знака приоритета или запрещающего сигнала светофора	<input type="checkbox"/>

← **Указать количество отмеченных клеток** →

13 Схема ДТП в момент столкновения ТС

Дополните схему ДТП на сайте ru.accidentsketch.com

Указать: 1. Схему дороги
2. Направление движения ТС „А“ и „В“ (стрелками)
3. Расположение ТС „А“ в момент столкновения
4. Дорожные знаки 5. Названия улиц



Транспортное средство В

6 Страхователь/застрахованное лицо* * см. страхового полиса

Фамилия
Имя
Адрес
Почт. индекс Страна

Тел. или e-Mail

7 Транспортное средство

Автомобиль: Марка, модель Госуд. регистр. знак Страна регистрации	Автоприцеп: Госуд. регистр. знак Страна регистрации
--	--

8 Страховщик* (*см. страхового полиса)

Фамилия
Номер страхового полиса
Номер зеленой карты
Страховой полис или зеленая карта действительны с до

Наименование страховщика (компания или маклер)
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет да

9 Водитель (см. вод. удостоверение)

Фамилия
Имя
Дата рождения
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

№ вод. удостоверения
Категория (А, В, ...)
Вод. удостоверение действительно до



11 Перечень видимых повреждений на ТС „В“

.....
.....
.....

14 Замечания

.....
.....
.....



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
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:

14 My remarks:

Your Sketch of the accident:

15 Signatures of the drivers



10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →

11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks: