



<b>1</b> Дата ДТП	Время	<b>2</b> Место ДТП	<b>3</b> Раненые, вкл. легкие ранения нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>
<b>4</b> 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"/>	
<b>5</b> 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.

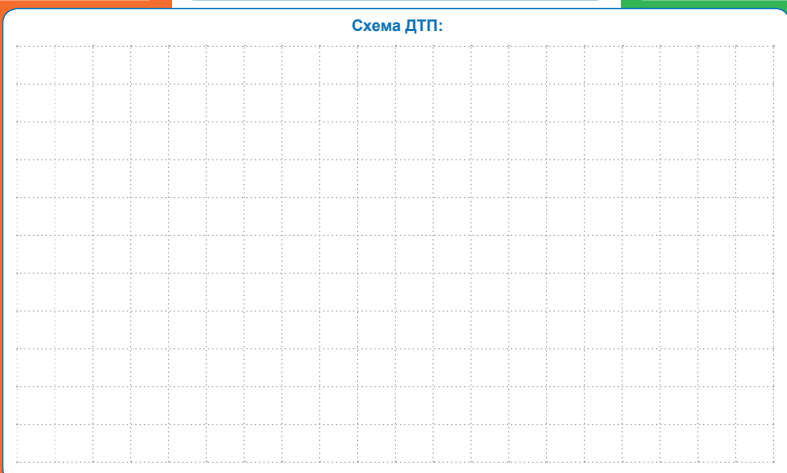
А	Как произошло ДТП ?	В
<input type="checkbox"/>	1 припарковался на стоянке	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 выехал со стоянки / открыл дверь машины	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 парковался	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 выезжал с места парковки, 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](http://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 .....

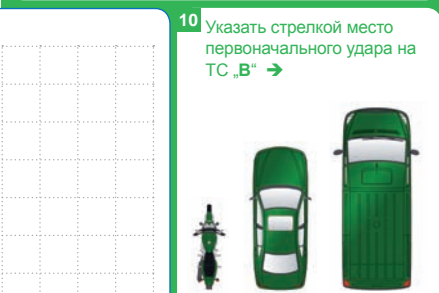
Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет  да

**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

**12** 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

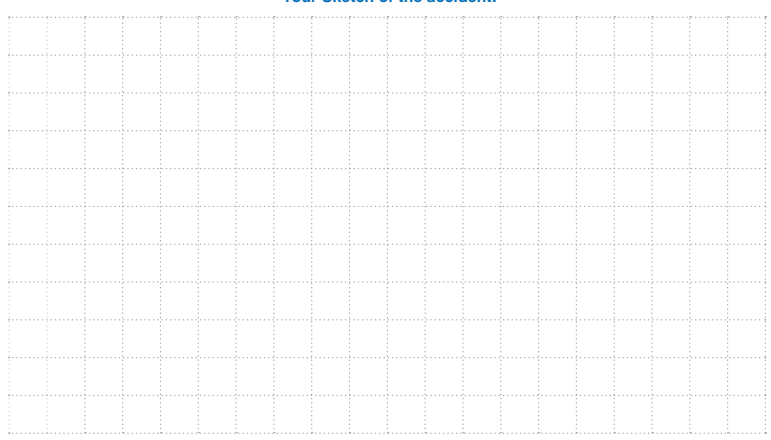
**9 Driver** (see driving licence)  
Surname   
First name   
Date of birth   
Address   
Country   
Tel. or email   
Driving licence No.   
Category (A, B, ...)   
Driving licence valid until:

**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:**