



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.

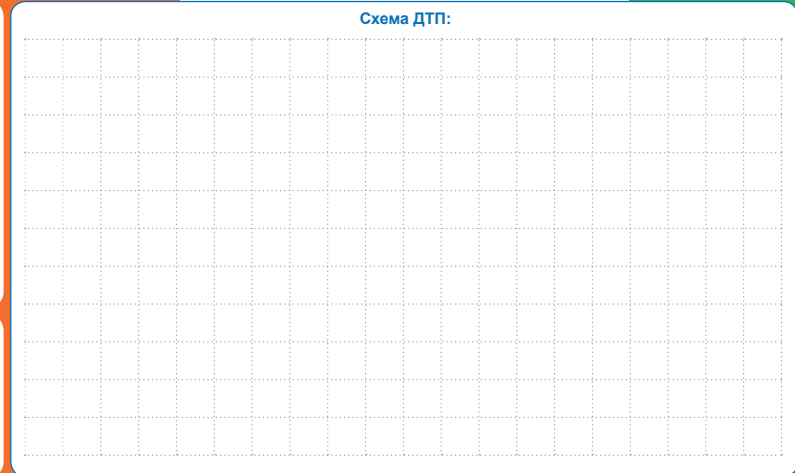
А	Как произошло ДТП ?	В
<input type="checkbox"/>	1 припарковался на стоянке	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 выехал со стоянки / открыл дверь машины	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 парковался	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 выезжал с места парковки, 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 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: 連結車:
車名・タイプ プレートナンバー
プレートナンバー プレートナンバー
許可した国 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



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

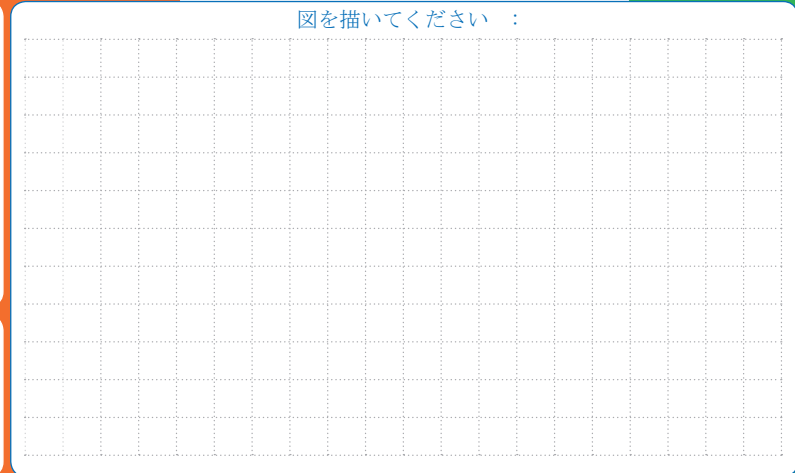
事故の状況

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: 連結車:
車名・タイプ プレートナンバー
プレートナンバー プレートナンバー
許可した国 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 B

14 独自に記述して下さい