

1 Date de l'accident	Heure	2 Localisation - Pays - Lieu	3 Blessé(s) même léger(s)
.....		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4 Dégâts matériels		5 Témoins noms, adresses, tél.	
à des véhicules autres que A et B: oui objets autres que des véhicules		
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

Véhicule A

6 Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)* * voir attestation d'assurance

NOM
Prénom
Adresse
Code postal Pays
Tél. ou e-mail

7 Véhicule

À MOTEUR:	REMORQUE:
Marque, type	
N° d'immatriculation.	N° d'immatriculation.
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)

NOM
N° de contrat.

Attestation d'assurance
valable du
au

Agence (ou bureau, ou courtier)
.....

Adresse
Pays
Tél. ou email

Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)

NOM
Prénom
Date de naissance
Adresse
Pays
Tél. ou email

Permis de conduire no.
Catégorie
Permis valable jusqu'au:

CIRCONSTANCES

12 Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis -* Rayer la mention inutile:

A	Que s'est-il passé?	B
1	* en stationnement / à l'arrêt	1
2	* quittait un stationnement/ ouvrait une portière	2
3	prenait un stationnement	3
4	* sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	4
5	* s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	5
6	s'engageait sur une place à sens giratoire	6
7	roulait sur une place	7
8	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	8
9	roulait dans le même sens et sur une file différente	9
10	changeait de file	10
11	doublait	11
12	virait à droite	12
13	virait à gauche	13
14	reculait	14
15	empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	15
16	venait de droite (carrefour)	16
17	n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge	17

← **A signaler obligatoirement par les DEUX conducteurs** →

Véhicule B

6 Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)* * voir attestation d'assurance

NOM
Prénom
Adresse
Code postal Pays
Tél. ou e-mail

7 Véhicule

À MOTEUR:	REMORQUE:
Marque, type	
N° d'immatriculation.	N° d'immatriculation.
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)

NOM
N° de contrat.

Attestation d'assurance
valable du
au

Agence (ou bureau, ou courtier)
.....

Adresse
Pays
Tél. ou email

Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)

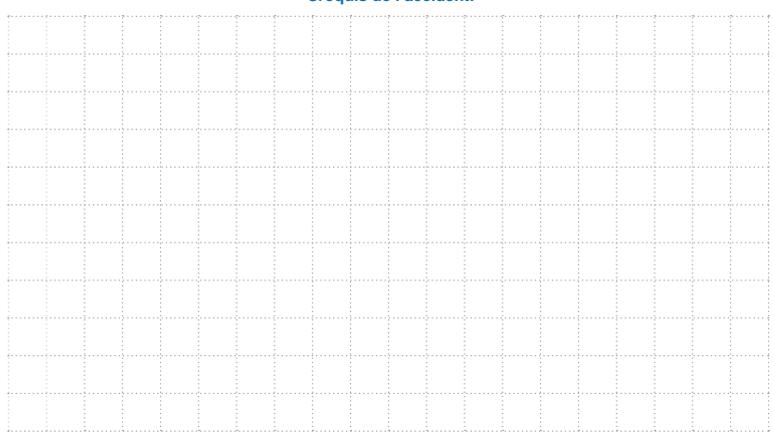
NOM
Prénom
Date de naissance
Adresse
Pays
Tél. ou email

Permis de conduire no.
Catégorie
Permis valable jusqu'au:

10 Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →



Croquis de l'accident:



10 Indiquer le point de choc initial au véhicule B par une flèche →



11 Dégâts apparents sur véhicule A:

11 Dégâts apparents sur véhicule B:

14 Mes observations:

15 Signature des conducteurs

A →

← B

14 Mes observations:

1 Date of accident	Time	2 Locality - Country - Place	3 Injuries even if slight no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>
---------------------------	------	-------------------------------------	--

4 Material damage other than to vehicles A and B: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> objects other than vehicles: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	5 Witnesses: names, addresses, tel.
--	---

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
ZIP code 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.
Insurance Certificate 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
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
1	<input type="checkbox"/>	* parked / stopped		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	* leaving a parking space / opening a vehicle door		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	entering a parking space		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	*emerging from a parking space, from private premises, from a track		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	*entering a parking space, private premises, a track		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	entering a roundabout		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	circulating a roundabout		<input type="checkbox"/>
8	<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"/>
9	<input type="checkbox"/>	going in the same direction but in a different line of traffic		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	changing lines of traffic		<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	overtaking		<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	turning to the right		<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	turning to the left		<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	reversing		<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction		<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	coming from the right (at a junction)		<input type="checkbox"/>
17	<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
Zip code 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.
Insurance Certificate 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
Driving licence valid until:

<p>10 Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →</p> 	<p>Your Sketch of the accident:</p> <div style="border: 1px dashed gray; height: 150px; width: 100%;"></div>	<p>10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →</p> 
<p>11 Visible damage to vehicle A:</p>		<p>11 Visible damage to vehicle B:</p>

<p>14 My remarks:</p>	<p>15 Signatures of the drivers</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>A</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p>  </div> </div>	<p>14 My remarks:</p>
------------------------------------	---	------------------------------------