

<b>1</b> Date de l'accident	Heure	<b>2</b> Localisation - Pays - Lieu
<b>4</b> Dégâts matériels 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"/>		<b>3</b> Blessé(s) même léger(s) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<b>5</b> Témoins noms, adresses, tél.		

### 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	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: .....



**11** Dégâts apparents sur véhicule A: .....

**14** Mes observations: .....

## 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** →

**13** Croquis de l'accident au moment du choc  
 Compléter leurs croquis plus tard: [www.croquisaccident.fr](http://www.croquisaccident.fr)  
 Préciser 1. le tracé des voies  
 2. la direction (par des flèches) des véhicules A, B  
 3. leur position au moment du choc 4. les signaux routiers  
 5. le nom des rues (ou routes)



### 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	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: .....



**11** Dégâts apparents sur véhicule B: .....

**14** Mes observations: .....

**15** Signature des conducteurs

A
B

**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   
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
<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   
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

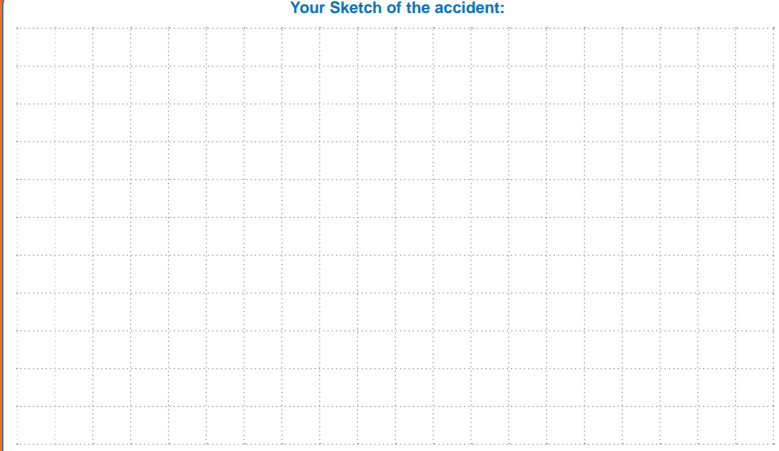
**9 Driver** (see driving licence)  
Surname   
First name   
Date of birth   
Address   
Country   
Tel. or email   
Driving licence No.   
Category   
Driving licence valid until:

**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: