



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

VÉHICULE A

6 Preneur d'assurance /assuré (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 :	
N° de carte verte :	
Attestation d'assurance	
ou carte verte valable du : au :	
Agence (ou bureau, ou courtier) :	
NOM :	
Adresse :	
Pays :	
Tél. ou e-mail :	
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
9 Conducteur (voir permis de conduire)	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Pays :	
Tél. ou e-mail :	
Permis de conduire n° :	
Catégorie (A, B, ...) :	
Permis valable jusqu'au :	

12. CIRCONSTANCES

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis

**Rayer la mention inutile*

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

← **indiquer le nombre de cases marquées d'une croix** →

13 Croquis de l'accident au moment du choc **13**

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 Preneur d'assurance /assuré (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 :	
N° de carte verte :	
Attestation d'assurance	
ou carte verte valable du : au :	
Agence (ou bureau, ou courtier) :	
NOM :	
Adresse :	
Pays :	
Tél. ou e-mail :	
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
9 Conducteur (voir permis de conduire)	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Pays :	
Tél. ou e-mail :	
Permis de conduire n° :	
Catégorie (A, B, ...) :	
Permis valable jusqu'au :	

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

11 Dégâts apparents au véhicule A :

.....

.....

14 Mes observations :

.....

.....

A

B

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

11 Dégâts apparents au véhicule B :

.....

.....

14 Mes observations :

.....

.....