

1 Date de l'accident	Heure :	2 Localisation	Lieu :
		Pays :	

3 Blessé(s) même léger(s)
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

4 Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B	objets autres que des véhicules
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

5 Témoins : noms, adresses et tél.
.....

VÉHICULE A

6 Preneur d'assurance / assuré (voir attest. d'assur.)
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Pays :
Tél. ou e-mail :

7 Véhicule	
A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type :	
N° d'immatriculation :	N° d'immatriculation :
Pays d'immatriculation :	Pays d'immatriculation :

8 Société d'assurance (voir attest. d'assur.)
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 du véhicule sont-ils assurés par le contrat ? oui <input type="checkbox"/> non <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

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

A signer obligatoirement par les deux conducteurs
Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement

13 Croquis de l'accident au moment du choc

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).

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

11 Dégâts apparents au véhicule A
.....

14 Mes observations
.....

VÉHICULE B

6 Preneur d'assurance / assuré (voir attest. d'assur.)
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Pays :
Tél. ou e-mail :

7 Véhicule	
A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type :	
N° d'immatriculation :	N° d'immatriculation :
Pays d'immatriculation :	Pays d'immatriculation :

8 Société d'assurance (voir attest. d'assur.)
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 du véhicule sont-ils assurés par le contrat ? oui <input type="checkbox"/> non <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 B par une flèche (→)

11 Dégâts apparents au véhicule B
.....

14 Mes observations
.....

15 Signature des conducteurs	15
A	B

