



1 Date de l'accident Heure

2 Localisation - Pays - Lieu

3 Blessé(s) même léger(s) non oui

4 Dégâts matériels

à des véhicules autres que A et B: oui non oui non oui non oui

5 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: Marque, type

N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

remorque: N° 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)

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 (A, B, ...)

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 |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * en stationnement / à l'arrêt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * quittait un stationnement/ ouvrait une portière | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | prenait un stationnement | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | s'engageait sur une place à sens giratoire | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | roulait sur une place | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | roulait dans le même sens et sur une file différente | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changeait de file | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | doublait | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | virait à droite | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | virait à gauche | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | reculait | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | venait de droite (carrefour) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge | <input type="checkbox"/> |

← Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

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: Marque, type

N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

remorque: N° 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)

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 (A, B, ...)

Permis valable jusqu'au:



11 Dégâts apparents sur véhicule A:

11 Dégâts apparents sur véhicule B:

14 Mes observations:

15 Signature des conducteurs **15**

14 Mes observations:





1 Date de l'accident Heure

2 Localisation - Pays - Lieu

3 Blessé(s) même léger(s) non oui

4 Dégâts matériels

à des véhicules autres que A et B: oui non oui non oui objets autres que des véhicules

5 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: Marque, type

N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

remorque: N° 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)

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 (A, B, ...)

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 |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * en stationnement / à l'arrêt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * quittait un stationnement/ ouvrait une portière | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | prenait un stationnement | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | s'engageait sur une place à sens giratoire | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | roulait sur une place | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | roulait dans le même sens et sur une file différente | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changeait de file | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | doublait | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | virait à droite | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | virait à gauche | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | reculait | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | venait de droite (carrefour) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | n'avait pas, respecté un signal de priorité ou un feu rouge | <input type="checkbox"/> |

← Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

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: Marque, type

N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation

remorque: N° 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)

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 (A, B, ...)

Permis valable jusqu'au:

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



Croquis de l'accident:

Compléter leurs croquis plus tard: 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)

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

14 Mes observations:

