



**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 objets autres que des véhicules

non  oui  non  oui

**5** Témoins noms, adresses, tél.

### Véhicule A

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

Nom

Prénom

Adresse

Code postal. Pays

Tél. ou e-mail

**7** Véhicule

à moteur: Marque, type

N° d'immatriculation. N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque:

**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)\*

Nom

Prénom

Adresse

Code postal. Pays

Tél. ou e-mail

**7** Véhicule

à moteur: Marque, type

N° d'immatriculation. N° d'immatriculation.

Pays d'immatriculation Pays d'immatriculation

remorque:

**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 →



**11** Dégâts apparents sur véhicule A:

**Croquis de l'accident:**

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)

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



**11** Dégâts apparents sur véhicule B:

**14** Mes observations:

**15** Signature des conducteurs

**14** Mes observations:





1 Olyckan hände, datum Tid

2 Postnr / Ort

3 Skadade inkl. lätt skadade  
nej  ja

4 Materiell skada på  
andra fordon än A och B: nej  ja  andra föremål än fordon: nej  ja

5 Vittnen: namn, adresser, telefon

**Fordon A**

6 Försäkringstagare/ den försäkrade\* \* se försäkringsintyg  
Efternamn   
Förnamn   
Adress   
Postnr  Land   
Tel. eller e-post

7 Fordon

Motorfordon: Märke, typ   
Registreringsnummer   
registrerat i landet

Släpvagn: Registreringsnummer   
registrerat i landet

8 Försäkringsbolag (se försäkringsbevis)

Namn   
Kontraktnummer   
Gröna kortets nummer   
Försäkringsbevis eller grönt kort giltigt f.o.m.   
t.o.m.   
Expeditionens namn (kontor eller mäklare)   
Adress   
Land   
Tel. eller e-post   
Är de materiella skadorna på fordonet försäkrade på grund av kontraktet? nej  ja

9 Bilförare (se körkort)

Efternamn   
Förnamn   
Födelsedatum   
Adress   
Land   
Tel. eller e-post   
Körkortsnummer   
Körkortsklass (A, B, ...)   
Körkort giltigt t.o.m.



11 Synliga skador på fordon A

14 Egna anmärkningar

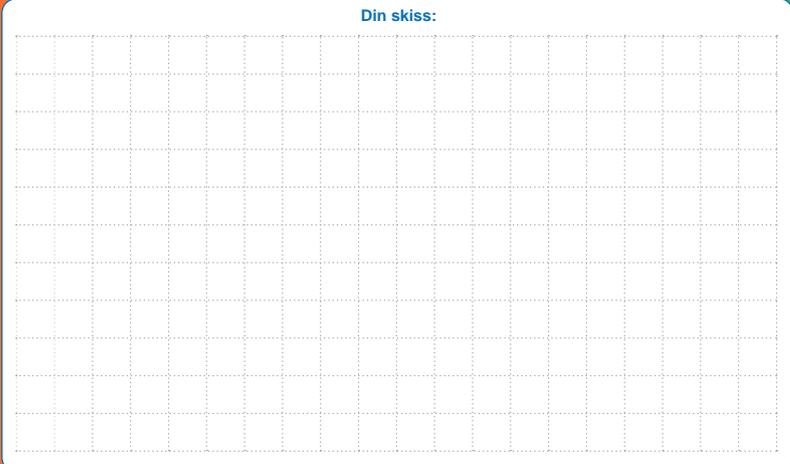
**Olycksförhållanden**

12 Kryssa i varje motsvarande ruta för att precisera skissen. Stryk den text som inte stämmer:

A	Hur kom det sig att olyckan hände?	B
<input type="checkbox"/>	1 parkerade / stannade till	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 lämnade en parkeringsplats / öppnade en bildörr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 höll på att parkera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 lämnade en parkeringsplats, en privat tomt, en väg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 började köra in på en parkeringsplats, en privat tomt, en väg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 körde in i en rondell	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 körde i en rondell	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 stötte ihop med häcken vid körning i samma riktning och i samma fil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 körde i samma riktning och i en annan fil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 bytte fil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 körde om	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 tog av till höger	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 tog av till vänster	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 backade	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 körde över till filen i motsatt riktning	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 kom från höger (i en korsning)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 hade inte beaktat en huvudled eller ett rött ljus	<input type="checkbox"/>

← Var god uppge antalet kryssade rutor →

13 Skiss av olyckan vid den tidpunkt krocken hände  
Komplettera din skiss senare på se.accidentsketch.com  
Var god ange: 1. filernas riktningar  
2. fordonen A och B:s körriktning (med pilar)  
3. deras position vid den tidpunkt krocken hände  
4. vägmärkena 5. gatunamnen



15 Bilförarnas underskrifter

**Fordon B**

6 Försäkringstagare/ den försäkrade\* \* se försäkringsintyg  
Efternamn   
Förnamn   
Adress   
Postnr  Land   
Tel. eller e-post

7 Fordon

Motorfordon: Märke, typ   
Registreringsnummer   
registrerat i landet

Släpvagn: Registreringsnummer   
registrerat i landet

8 Försäkringsbolag (se försäkringsbevis)

Namn   
Kontraktnummer   
Gröna kortets nummer   
Försäkringsbevis eller grönt kort giltigt f.o.m.   
t.o.m.   
Expeditionens namn (kontor eller mäklare)   
Adress   
Land   
Tel. eller e-post   
Är de materiella skadorna på fordonet försäkrade på grund av kontraktet? nej  ja

9 Bilförare (se körkort)

Efternamn   
Förnamn   
Födelsedatum   
Adress   
Land   
Tel. eller e-post   
Körkortsnummer   
Körkortsklass (A, B, ...)   
Körkort giltigt t.o.m.



11 Synliga skador på fordon B

14 Egna anmärkningar

