



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 →

13 Croquis de l'accident au moment du choc

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)

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

14 Mes observations:





1 Fecha del accidente Hora

2 Localización - País - Lugar

3 Víctima(s) incluso leve(s) no sí

4 Daños materiales

en otros vehículos excepto A y B no sí

en otros objetos que sean vehículos no sí

5 Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos

VEHÍCULO A

6 Contratante del seguro/asegurado* * véase póliza de seguro

Apellido

Nombre

Dirección

C. P.: País

Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: **REMOLQUE:**

Marca, modelo

Nº de matrícula Nº de matrícula

País de autorización País de autorización

CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Táchese lo que no proceda:

| A | ¿Qué pasó? | B |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | *estaba estacionado/ parado | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *salía de un estacionamiento/abría una puerta del vehículo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | iba a estacionar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | se disponía a entrar en un solar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entraba en un solar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | cambiaba de carril | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | adelantaba | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | giraba a la derecha | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | giraba a la izquierda | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | daba marcha atrás | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | venía de la derecha (en un cruce) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo | <input type="checkbox"/> |

← Indique el número de casillas marcadas →

VEHÍCULO B

6 Contratante del seguro/asegurado* * véase póliza de seguro

Apellido

Nombre

Dirección

C. P.: País

Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: **REMOLQUE:**

Marca, modelo

Nº de matrícula Nº de matrícula

País de autorización País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre

Nº de la póliza

Nº de la Carta verde

Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)

Nombre

Dirección

Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no sí

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre

Nº de la póliza

Nº de la Carta verde

Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)

Nombre

Dirección

Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no sí

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

País

Teléfono o Email

Permiso de conducir nº.

Categoría (A, B,...)

Permiso válido hasta:

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

País

Teléfono o Email

Permiso de conducir nº.

Categoría (A, B,...)

Permiso válido hasta:

10 Marque el punto del choque inicial en el vehículo A con una flecha →



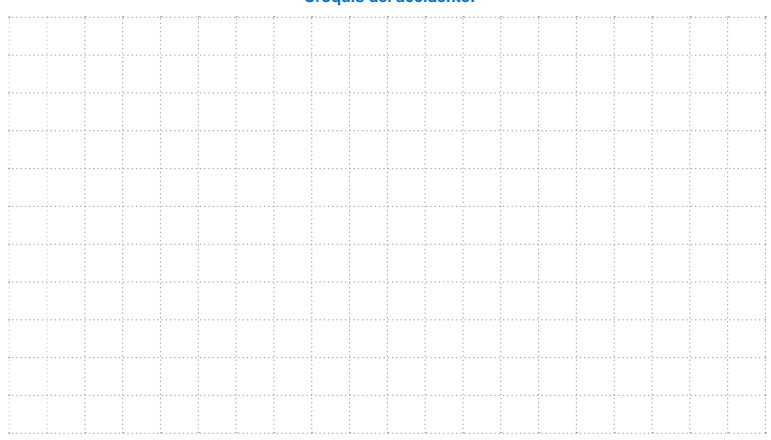
11 Daños apreciados en el vehículo A:

14 Observaciones:

13 Croquis del accidente en el momento de la colisión **Complementar su esquema aquí más tarde:** www.croquisaccidente.es

Indíquese 1. el trazado de los carriles 2. el sentido de la marcha de los vehículos A y B (mediante flechas) 3. su posición en el momento de la colisión 4. las señales de tráfico 5. los nombres de las calles (o carreteras)

Croquis del accidente:



10 Marque el punto del choque inicial en el vehículo B con una flecha →



11 Daños apreciados en el vehículo B:

14 Observaciones:

15 Firmas de los dos conductores

A

B