

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

1. Datum nehody: _____	Čas: _____	2. Místo: _____ Stát: _____	Místo: _____ Stát: _____	3. Zranění vč. lehkého: ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
------------------------	------------	--------------------------------	-----------------------------	---

4. Věcná škoda na jiných: vozidlech než A a B ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	předmětech ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	5. Svědci: Jména, adresy, tel.:
--	--	--

VOZIDLO A

6. Pojistník/pojištěný (dle dokladu o pojištění):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Adresa:
PSČ: Stát:
Tel./e-mail: _____

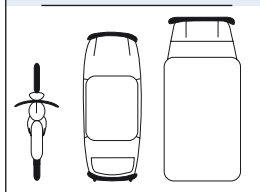
7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění):
NÁZEV:
Číslo poj. smlouvy:
Číslo zelené karty:
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: do:
Pobočka (obch. zast. nebo makléři):
NÁZEV:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Datum narození:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Číslo řidičského průkazu:
Skupina (A, B, ...):
Platnost řidičského průkazu do:

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →



11. Viditelná poškození na vozidle A:

.....
.....
.....

14. Vlastní poznámky:

.....
.....
.....

12. OKOLNOSTI NEHODY

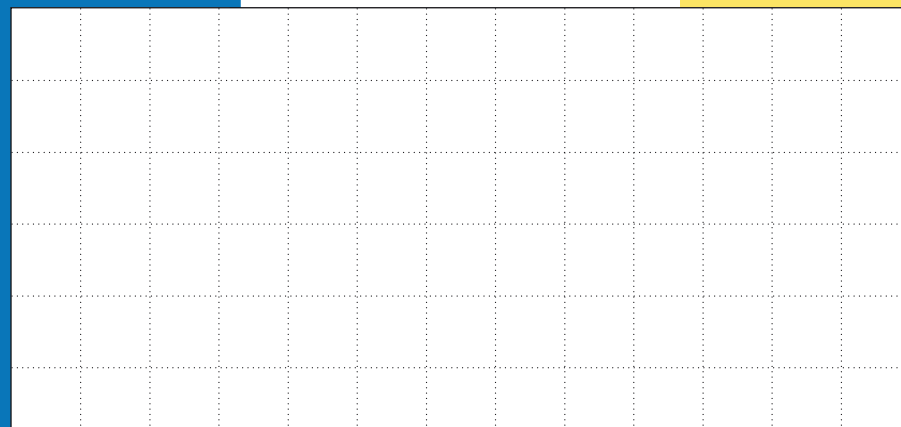
K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka
*nehodící se škrtně

↓ A		↓ B
<input type="checkbox"/> 1	*parkovalo/stálo	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*vyjždělo z parkoviště/otevřené dveře	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	vyjždělo z parkoviště, soukromého pozemku, polní cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vjždělo na kruh. objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo zezadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	měnilo jízdní pruh	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	předjíždělo	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vlevo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	couvalo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	vjelo do protisměru	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	přijíždělo zprava (na křižovatce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	udejte počet označených políček	→ <input type="checkbox"/>

Nezbytné podepsat oběma řidiči
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

13. Nákras nehody v okamžiku střetu

Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidel A, B (šipkou), 3. jejich postavení v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic



VOZIDLO B

6. Pojistník/pojištěný (dle dokladu o pojištění):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Adresa:
PSČ: Stát:
Tel./e-mail: _____

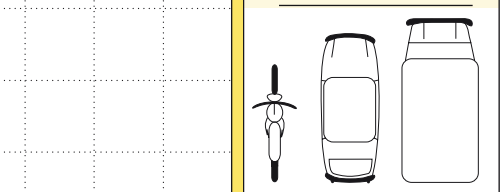
7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění):
NÁZEV:
Číslo poj. smlouvy:
Číslo zelené karty:
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: do:
Pobočka (obch. zast. nebo makléři):
NÁZEV:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Datum narození:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Číslo řidičského průkazu:
Skupina (A, B, ...):
Platnost řidičského průkazu do:

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →



11. Viditelná poškození na vozidle B:

.....
.....
.....

14. Vlastní poznámky:

.....
.....
.....

15. Podpisy řidičů

A B

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

1. Datum nehody: _____	Čas: _____	2. Místo: _____ Stát: _____	Místo: _____ Stát: _____	3. Zranění vč. lehkého: ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
------------------------	------------	--------------------------------	-----------------------------	---

4. Věcná škoda na jiných: vozidlech než A a B ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	předmětech ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	5. Svědci: Jména, adresy, tel.:
--	--	--

VOZIDLO A

6. Pojistník/pojištěný (dle dokladu o pojištění):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Adresa:
PSČ: Stát:
Tel./e-mail: _____

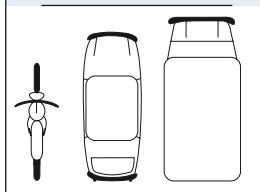
7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění):
NÁZEV:
Číslo poj. smlouvy:
Číslo zelené karty:
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: do:
Pobočka (obch. zast. nebo makléři):
NÁZEV:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Datum narození:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Číslo řidičského průkazu:
Skupina (A, B, ...):
Platnost řidičského průkazu do:

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →



11. Viditelná poškození na vozidle A:
.....
.....
.....

14. Vlastní poznámky:
.....
.....
.....

12. OKOLNOSTI NEHODY

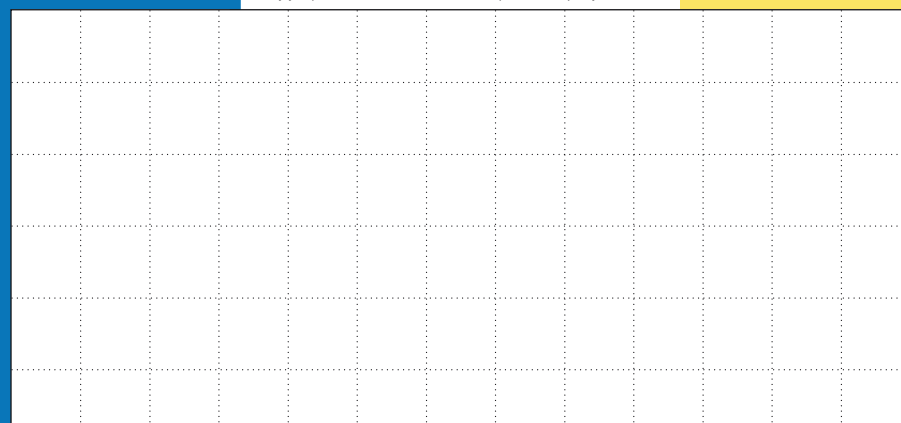
K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka
*nehodící se škrtně

↓ A		↓ B
<input type="checkbox"/> 1	*parkovalo/stálo	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*vyjždělo z parkoviště/ otevřené dveře	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	vyjždělo z parkoviště, soukromého pozemku, polní cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vjždělo na kruh. objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo zezadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	měnilo jízdní pruh	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	předjíždělo	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vlevo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	couvalo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	vjelo do protisměru	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	přijíždělo zprava (na křižovatce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu	<input type="checkbox"/> 17

◀ udejte počet označených políček ▶

Nezbytné podepsat oběma řidiči
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

13. **Nákras nehody v okamžiku střetu** 13.
Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidel A, B (šipkou), 3. jejich postavení v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic



VOZIDLO B

6. Pojistník/pojištěný (dle dokladu o pojištění):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Adresa:
PSČ: Stát:
Tel./e-mail: _____

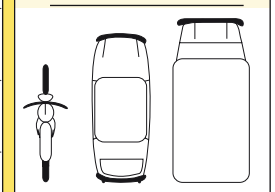
7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění):
NÁZEV:
Číslo poj. smlouvy:
Číslo zelené karty:
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: do:
Pobočka (obch. zast. nebo makléři):
NÁZEV:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Datum narození:
Adresa:
Stát:
Tel./e-mail: _____
Číslo řidičského průkazu:
Skupina (A, B, ...):
Platnost řidičského průkazu do:

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →



11. Viditelná poškození na vozidle B:
.....
.....
.....

14. Vlastní poznámky:
.....
.....
.....

15. Podpisy řidičů 15.
A B

VERKEHRSUNFALLBERICHT

1. Datum des Unfalls: _____	Zeit: _____	2. Ort: _____	Ort:	3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
		Land:		

4. **Sachschäden an:**

anderen Fahrzeugen als A und B	anderen Gegenständen als Fahrzeugen
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

5. **Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon:**

.....

.....

.....

FAHRZEUG A

6. **Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon oder E-mail:

7. **Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	Marke, Typ
Baujahr	Baujahr
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. **Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung):

NAME:

Vertragsnummer:

Nummer der grünen Karte:

Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):

NAME:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?
nein ja

9. **Fahrer** (siehe Führerschein):

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

Führerschein gültig bis:

12. UNFALLUMSTÄNDE

Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren
* Nichtzutreffendes streichen

A		B
<input type="checkbox"/> 1	* parkte / hielt	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	parkte ein	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	fuhr in einem Kreisverkehr	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	wechselte die Kolonne	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	überholte	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	bog nach links ab	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	setzte zurück	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	wechselte auf ein Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/> 17

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen
Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient

13. **Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls** 13.

Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren - 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) - 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls - 4. die Verkehrszeichen - 5. die Straßennamen

FAHRZEUG B

6. **Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon oder E-mail:

7. **Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	Marke, Typ
Baujahr	Baujahr
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. **Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung):

NAME:

Vertragsnummer:

Nummer der grünen Karte:

Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):

NAME:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?
nein ja

9. **Fahrer** (siehe Führerschein):

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

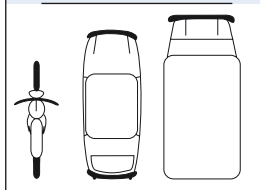
Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

Führerschein gültig bis:

10. **Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A** durch einen Pfeil →



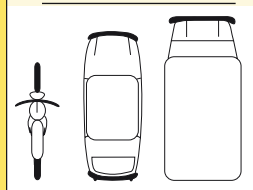
11. **Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:**

.....

.....

.....

10. **Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B** durch einen Pfeil →



11. **Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:**

.....

.....

.....

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

.....

15. **Unterschriften der Fahrer** 15.

A

B

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

.....

ACCIDENT STATEMENT

1. Date of accident: _____	Time: _____	2. Locality: _____	Place:	3. Injury(es) even if slight:
		Country:	no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>

4. **Material damage:**

other than to vehicles A and B	objects other than vehicles
no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>

5. **Witnesses: names, addresses, tel:**

.....

.....

VEHICLE A

6. **Insured/policyholder** (see insurance certificate):

NAME:

First name:

Address:

Postal code:Country:

Tel. or E-mail:

7. **Vehicle**

MOTOR	TRAILER
Make, type	Make, type
Year of Manufacture	Year of Manufacture
Registration N°	Registration N°
Country of registration	Country of registration

8. **Insurance company** (see insurance certificate):

NAME:

Policy N°:

Green Card N°:

Insurance Certificate or Green Card valid from: _____ to: _____

Agency (or bureau, or broker):

NAME:

Address:

..... Country:

Tel. or E-mail:

Does the policy cover material damage to the vehicle?
no yes

9. **Driver** (see driving licence):

NAME:

First name:

Date of birth:

Address:

..... Country:

Tel. or E-mail:

Driving licence n°:

Category (A, B, ...):

Driving licence valid until:

12. CIRCUMSTANCES

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing
**delete where appropriate*

A		B
<input type="checkbox"/> 1	*parked/stopped	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*leaving a parking place/ opening the door	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	entering a parking place	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	emerging from a car park, from private ground, from a track	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	entering a car park, private ground, a track	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	circulating a roundabout	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	changing lanes	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	overtaking	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	turning to the right	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	turning to the left	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	reversing	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	coming from the right (at road junctions)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	had not observed a right of way sign or a red light	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	state number of boxes marked with a cross	→ <input type="checkbox"/>

VEHICLE B

6. **Insured/policyholder** (see insurance certificate):

NAME:

First name:

Address:

Postal code:Country:

Tel. or E-mail:

7. **Vehicle**

MOTOR	TRAILER
Make, type	Make, type
Year of Manufacture	Year of Manufacture
Registration N°	Registration N°
Country of registration	Country of registration

8. **Insurance company** (see insurance certificate):

NAME:

Policy N°:

Green Card N°:

Insurance Certificate or Green Card valid from: _____ to: _____

Agency (or bureau, or broker):

NAME:

Address:

..... Country:

Tel. or E-mail:

Does the policy cover material damage to the vehicle?
no yes

9. **Driver** (see driving licence):

NAME:

First name:

Date of birth:

Address:

..... Country:

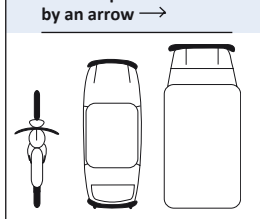
Tel. or E-mail:

Driving licence n°:

Category (A, B, ...):

Driving licence valid until:

10. Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →



11. **Visible damage to vehicle A:**

.....

.....

.....

14. **My remarks:**

.....

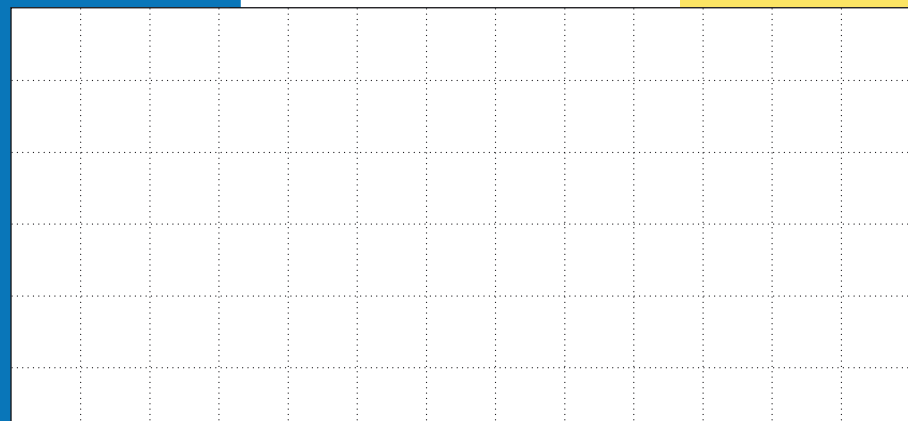
.....

A

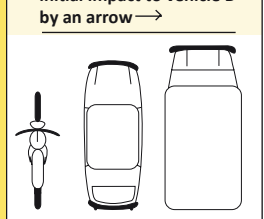
Must be signed by BOTH drivers
Does not constitute an admission of liability, but a summary of identities and of the facts which will speed up the settlement of claims

13. Sketch of accident when impact occurred

Indicate: 1. the layout of the road, 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their positions at the time of impact, 4. the road signs, 5. names of the streets or roads



10. Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →



11. **Visible damage to vehicle B:**

.....

.....

.....

14. **My remarks:**

.....

.....

B

15. **Signatures of the drivers**

.....

.....

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

1. Date de l'accident: _____	Heure: _____	2. Localisation: _____	Lieu: _____	3. Blessé(s) même léger(s): non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
		Pays: _____		

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, tél.:
---	---

VÉHICULE A

6. **Preneur d'assurance/assuré** (voir attestation d'assurance):
NOM:
Prénom:
Adresse:
Code postal: Pays:
Tél. ou e-mail:

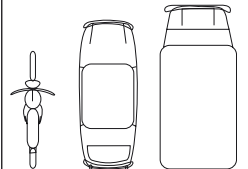
7. **Véhicule**

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	Marque, type
Année de construction	Année de construction
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 oui

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:**
.....
.....

12. CIRCONSTANCES

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis
* Rayer la mention inutile

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

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

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** 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:

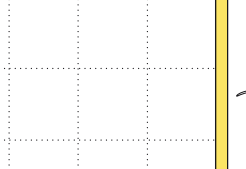
7. **Véhicule**

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	Marque, type
Année de construction	Année de construction
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 oui

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