



**1** Date of accident  Time  **2** Locality - Country - Place

**3** Injuries even if slight  
no  yes

**4** Material damage  
other than to vehicles A and B:  no  yes  objects other than vehicles:  no  yes

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

**Vehicle A**

**6 Insured/policyholder\*** \* see insurance certificate  
Surname   
First name   
Address   
Postcode  Country   
Tel. or e-mail

**7 Vehicle**

**Motor:**  
Make, type   
Registration No.   
Country of registration

**Trailer:**  
Registration No.   
Country of registration

**8 Insurance company** (see insurance certificate)  
Surname   
Policy No.   
Green Card No.   
Insurance Certificate or Green Card valid from  to   
Agency (or bureau, or broker)   
Address   
Country   
Tel. or e-mail   
Does the policy cover material damage to the vehicle?  no  yes

**9 Driver** (see driving licence)  
Surname   
First name   
Date of birth   
Address   
Country   
Tel. or email   
Driving licence No.   
Category (A, B, ...)   
Driving licence valid until:

**Circumstances**

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

A	What happened?	B
<input type="checkbox"/>	* parked / stopped	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* leaving a parking space / opening a vehicle door	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a parking space	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*emerging from a parking space, from private premises, from a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entering a parking space, private premises, a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulating a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	going in the same direction but in a different line of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing lines of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	coming from the right (at a junction)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	had not observed a priority sign or a red light	<input type="checkbox"/>

← State the number of boxes marked with a cross →

**13 Sketch of accident when impact occurred**  
Complete your sketch later: [www.AccidentSketch.com](http://www.AccidentSketch.com)  
Indicate 1. the layout of the road 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their position at the time of impact 4. the road signs 5. names of the streets or roads

**Vehicle B**

**6 Insured/policyholder\*** \* see insurance certificate  
Surname   
First name   
Address   
Postcode  Country   
Tel. or e-mail

**7 Vehicle**

**Motor:**  
Make, type   
Registration No.   
Country of registration

**Trailer:**  
Registration No.   
Country of registration

**8 Insurance company** (see insurance certificate)  
Surname   
Policy No.   
Green Card No.   
Insurance Certificate or Green Card valid from  to   
Agency (or bureau, or broker)   
Address   
Country   
Tel. or e-mail   
Does the policy cover material damage to the vehicle?  no  yes

**9 Driver** (see driving licence)  
Surname   
First name   
Date of birth   
Address   
Country   
Tel. or email   
Driving licence No.   
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:

**Your Sketch of the accident:**

**15** Signatures of the drivers



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

**11** Visible damage to vehicle B:

**14** My remarks:



**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

**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. N° d'immatriculation.   
 Pays 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. N° d'immatriculation.   
 Pays 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:**

