



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

12 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
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 事故の日付 時刻 2 住所・郵便番号 3 負傷者/軽負傷者
なし あり

4 物的損害
A またはB以外の他の乗り物: 乗り物以外の物:
なし あり なし あり

5 証人: 氏名・住所・電話

乗り物 A

6 保険契約者・被保険者* * 保険証参照
氏名
住所
郵便番号 国
電話・メールアドレス

7 乗り物
自動車: 連結車:
車名・タイプ プレートナンバー
プレートナンバー プレートナンバー
許可した国 許可した国

8 保険会社 (保険証参照) g
会社名
契約番号
緑カード番号
保険証又は緑カードの有効期限
いつから いつまで
支店・斡旋ブローカー名
住所
国
電話・メールアドレス
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか
いいえ はい

9 運転手 (免許証を参照)
氏名
誕生日
住所
国
電話・メールアドレス
免許証番号
乗り物クラス (A, B, ...)
免許証有効期限



11 見える範囲での損害
乗り物 A

14 独自に記述して下さい

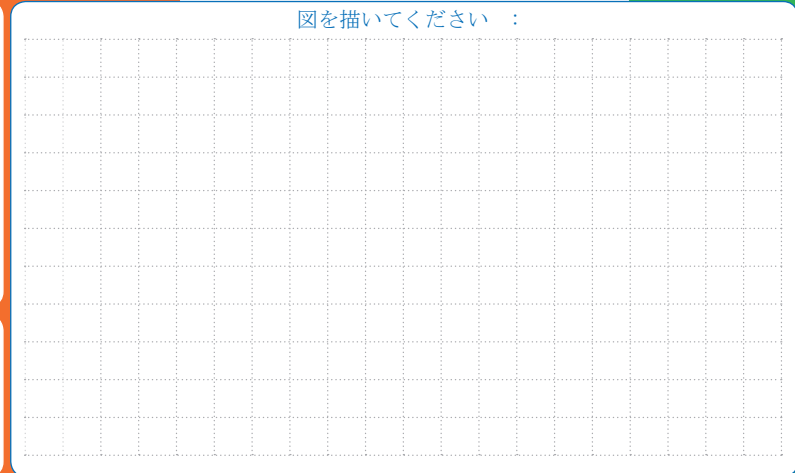
事故の状況

12 当てはまるところにまる印をつけてください。該当しない物は線を上から引いて否定してください。

A	事故になったときの状況は?	B
1	自分の車(以下同様)は止まった	1
2	駐車場を出た / ドアを開けた	2
3	駐車した	3
4	駐車場・私有地・道路から出た	4
5	駐車場・私有地・道路に入り始めた	5
6	ロータリー式道路に入ってきた	6
7	ロータリー式道路を運転中	7
8	同車線、同方向を運転中 前を走っていた相手の車の後部にぶつかった	8
9	方向は同じだが違う 車線を運転中	9
10	車線をかえた	10
11	追い越した	11
12	右折した	12
13	左折した	13
14	バックした	14
15	反対側車線に変えた	15
16	右から来た (十字路で)	16
17	優先通行権または赤信号を無視した	17

← まる印の数を書いてください。 →

13 衝突時の事故の図 あとで jp.accidentsketch.com
で図を補足してください
1. 車線
2. 乗り物 A と B の進行方向 (矢印で)
3. 衝突時のあなたのポジション
4. 交通標識 5. 道路の名前



乗り物 B

6 保険契約者・被保険者* * 保険証参照
氏名
住所
郵便番号 国
電話・メールアドレス

7 乗り物
自動車: 連結車:
車名・タイプ プレートナンバー
プレートナンバー プレートナンバー
許可した国 許可した国

8 保険会社 (保険証参照)
会社名
契約番号
緑カード番号
保険証又は緑カードの有効期限
いつから いつまで
支店・斡旋ブローカー名
住所
国
電話・メールアドレス
乗り物の物的損害は保険の対象になっていますか
いいえ はい

9 運転手 (免許証を参照)
氏名
誕生日
住所
国
電話・メールアドレス
免許証番号
乗り物クラス (A, B, ...)
免許証有効期限



11 見える範囲での損害
乗り物 B

14 独自に記述して下さい