

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

| | | | | |
|--|-------------------|--|------------------|--|
| 1. Datum nehody: _____ | Čas: _____ | 2. Místo: _____ | Místo: | 3. Zranění vč. lehkého: |
| | | Stát: | | ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> |
| 4. Věcná škoda na jiných: | | 5. Svědci: Jména, adresy, tel.: _____ | | |
| vozidlech než A a B | | předmětech | | |
| ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> | | ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> | | |

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: _____

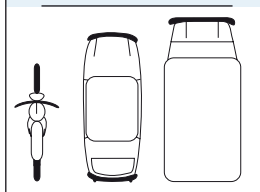
Tel./e-mail: _____

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:

.....

.....

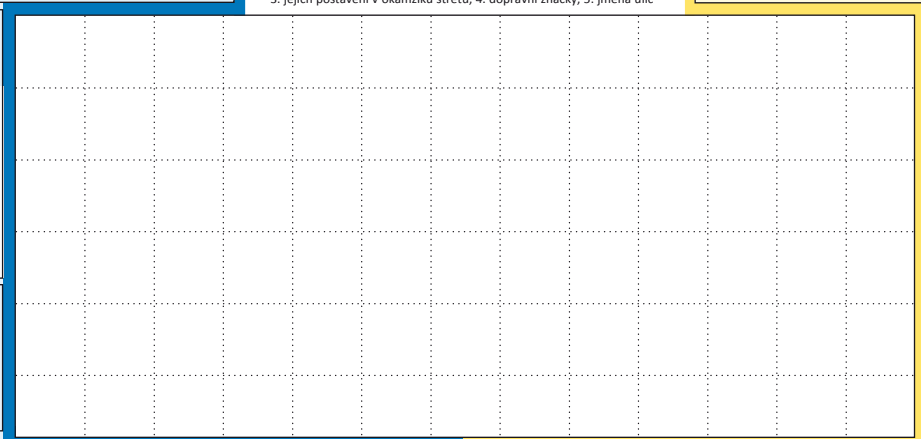
12. OKOLNOSTI NEHODY

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

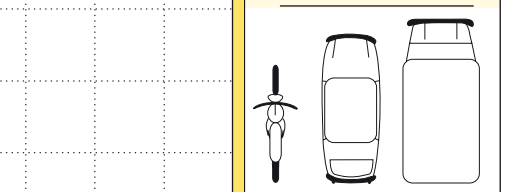
Tel./e-mail: _____

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

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

| | | | |
|------------------------|------------|--|---|
| 1. Datum nehody: _____ | Čas: _____ | 2. Místo: _____ 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: _____

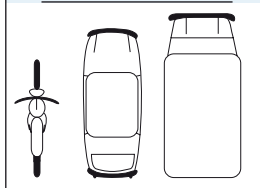
7. Vozidlo

| 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:
.....
.....
.....

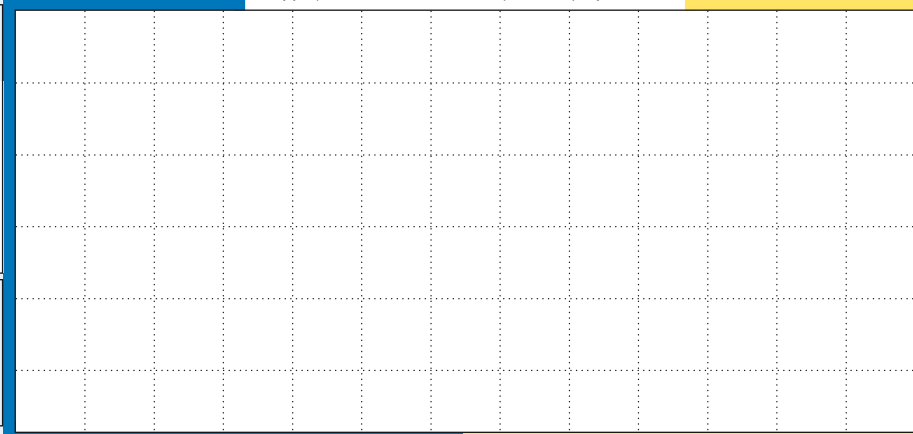
12. OKOLNOSTI NEHODY

K upřesnění náčrtu 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 ze zadu 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. **Náčrt 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: _____

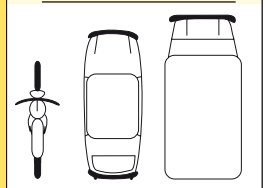
7. Vozidlo

| 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: |
| | | Land: | | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |

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 Bescheinigung 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:

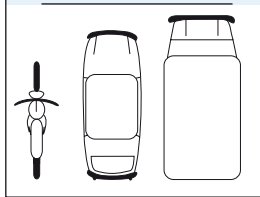
Telefon oder E-mail:

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:**

.....

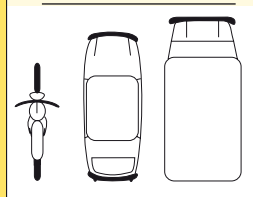
.....

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

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

ACCIDENT STATEMENT

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

4. Material damage:

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

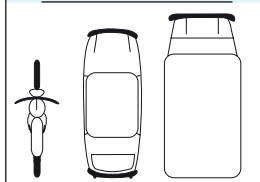
8. Insurance company (see insurance certificate):

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: _____

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



11. Visible damage to vehicle A:

14. My remarks:

12. CIRCUMSTANCES

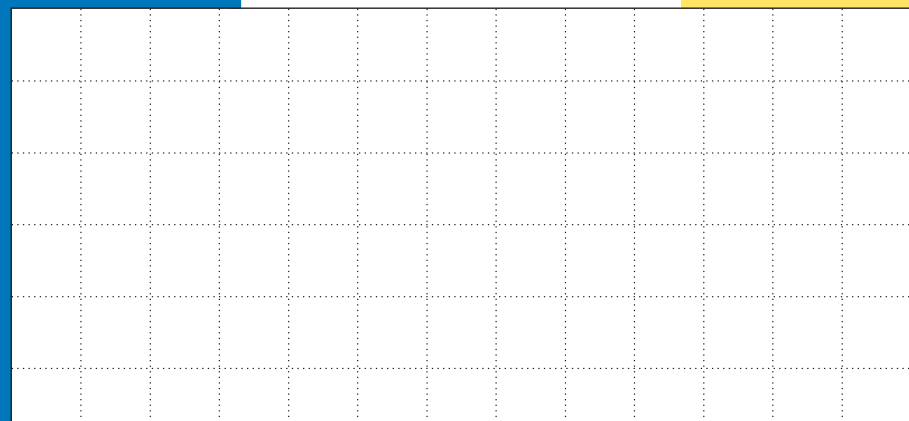
Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing
 *delete where appropriate

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

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 13.

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



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 |

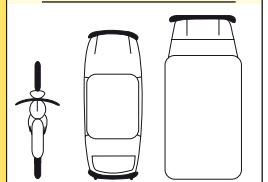
8. Insurance company (see insurance certificate):

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 B by an arrow →



11. Visible damage to vehicle B:

14. My remarks:

15. Signatures of the drivers 15.

A B

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

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

4. Dégâts matériels à des:

véhicules autres que A et B objets autres que des véhicules

non oui non oui

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: _____

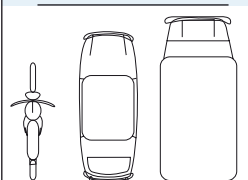
Tél. ou e-mail: _____

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