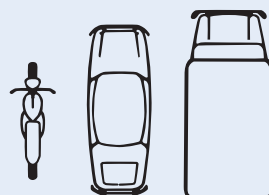



Záznam o dopravní nehodě

Není příznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci průběhu nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

Vyplní řidiči obou vozidel

1. Datum nehody		Hodina		2. Místo (ulice, č. domu resp. kilometrovník)		Stát		3. Zranění? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>			
4. Jiná škoda na jiných vozidlech než A a B předmětech ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				5. Svědci (jméno, adresa, telefon – spolujezdce podtrhnout)				5a. Policejně šetřeno ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> Kým			
Vozidlo A				Vozidlo B							
6. Pojištěný (jméno a adresa)				12. Okolnosti nehody K upřesnění nákresu označte křížkem odpovídající políčka – nehodící se škrtně *				6. Pojištěný (jméno a adresa)			
Telefon / e-mail _____ Plátce DPH? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>								Telefon / e-mail _____ Plátce DPH? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>			
7. Vozidlo								7. Vozidlo			
MOTOROVÉ VOZIDLO		PŘÍPOJNÉ VOZIDLO				MOTOROVÉ VOZIDLO		PŘÍPOJNÉ VOZIDLO			
Tov. značka, typ						Tov. značka, typ					
Rok výroby						Rok výroby					
Registrační značka		Registrační značka				Registrační značka		Registrační značka			
Stát registrace		Stát registrace				Stát registrace		Stát registrace			
8. Pojistitel								8. Pojistitel			
Adresa pobočky _____								Adresa pobočky _____			
Číslo poj. odpovědnosti _____								Číslo poj. odpovědnosti _____			
Číslo zelené karty _____								Číslo zelené karty _____			
Hraniční pojištění platné do _____								Hraniční pojištění platné do _____			
Je vozidlo pojištěno havarijně? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>								Je vozidlo pojištěno havarijně? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>			
Pojistitel _____								Pojistitel _____			
9. Řidič								9. Řidič			
Příjmení _____						Příjmení _____					
Jméno _____						Jméno _____					
Adresa _____						Adresa _____					
Telefon / e-mail _____								Telefon / e-mail _____			
Číslo řidičského průkazu _____								Číslo řidičského průkazu _____			
Skupina		Vydal				Skupina		Vydal			
10. Označte šipkou body vzájemného střetu				13. Nákres / plánek nehody Označte: 1. silnice, 2. směr jízdy vozidel A a B, 3. postavení vozidel v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic				10. Označte šipkou body vzájemného střetu			
											
11. Viditelná poškození								11. Viditelná poškození			
14. Poznámky _____				15. Podpisy řidičů				14. Poznámky _____			
A				B				A			
A				B				B			

Po podpisu a oddělení listů nelze již údaje měnit.

Verkehrsunfallbericht

Stellt kein Verantwortungsgeständnis dar, dient zur Dokumentierung des Unfallhergangs zwecks schnellerer Abwicklung.

von beiden Fahrern auszufüllen

1. Unfall	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Hausnummer, evtl. Kilometerstein)	Staat	3. Verletzungen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
4. Andere Schäden an anderen Fahrzeugen als A und B Gegenständen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon – Mitfahrende unterstreichen)		5a. polizeilich ermittelt nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von wem:

<p style="text-align: center; font-weight: bold; color: #0070c0;">Fahrzeug A</p> <p>6. Versicherter (Name und Anschrift)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefon / E-mail _____</p> <p>Mehrwertsteuerzahler? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>7. Fahrzeug</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">KRAFTFAHRZEUG</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">GLIEDERFAHRZEUG</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fahrzeugmarke</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Baujahr</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Amtl. Kennzeichen</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Amtl. Kennzeichen</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Land der Zulassung</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Land der Zulassung</td> </tr> </table> <p>8. Versicherer</p> <p>Anschrift der Außenstelle _____</p> <p>Haftpflichtversicherung Nr. _____</p> <p>Grünen Karte Nr. _____</p> <p>Grenzversicherung gültig bis _____</p> <p>Ist das Fahrzeug kaskoversichert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Versicherer _____</p> <p>9. Fahrer</p> <p>Familienname _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>_____</p> <p>Telefon / E-mail _____</p> <p>Führerscheinnummer _____</p> <p>Gruppe _____ ausgestellt von _____</p>	KRAFTFAHRZEUG	GLIEDERFAHRZEUG	Fahrzeugmarke		Baujahr		Amtl. Kennzeichen	Amtl. Kennzeichen	Land der Zulassung	Land der Zulassung	<p>12. Umstände des Unfalls</p> <p style="font-size: 8px;">Zur Präzisierung der Skizze ankreuzen Sie entsprechenden Felder – nicht Zutreffendes streichen *</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">1</td><td style="width: 85%;">* parkte / hat gestanden</td><td style="width: 5%; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>* fuhr an / offene Tür</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>* war beim Parken / Anhalten</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>verließ Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>fuhr auf ein(en) Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg ein</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>fuhr in ein Kreisverkehr ein</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>befuhr ein Kreisverkehr</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>fuhr auf bei Fahrt in derselben Richtung in derselben Spur</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>fuhr parallel in einer anderen Fahrspur</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td>wechselte die Fahrspur</td><td style="text-align: center;">10</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">11</td><td>überholte</td><td style="text-align: center;">11</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12</td><td>bog nach rechts ab</td><td style="text-align: center;">12</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">13</td><td>bog nach links ab</td><td style="text-align: center;">13</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">14</td><td>fuhr rückwärts</td><td style="text-align: center;">14</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">15</td><td>fuhr in die Gegenrichtung</td><td style="text-align: center;">15</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">16</td><td>kam von rechts (auf der Kreuzung)</td><td style="text-align: center;">16</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">17</td><td>räumte nicht Vorfahrt ein, respektierte Rotlicht nicht</td><td style="text-align: center;">17</td></tr> </table> <p style="font-size: 8px; text-align: center;">← Anzahl der bezeichneten Felder angeben → Unbedingt von beiden Fahrern zu unterzeichnen</p>	1	* parkte / hat gestanden	1	2	* fuhr an / offene Tür	2	3	* war beim Parken / Anhalten	3	4	verließ Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg	4	5	fuhr auf ein(en) Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg ein	5	6	fuhr in ein Kreisverkehr ein	6	7	befuhr ein Kreisverkehr	7	8	fuhr auf bei Fahrt in derselben Richtung in derselben Spur	8	9	fuhr parallel in einer anderen Fahrspur	9	10	wechselte die Fahrspur	10	11	überholte	11	12	bog nach rechts ab	12	13	bog nach links ab	13	14	fuhr rückwärts	14	15	fuhr in die Gegenrichtung	15	16	kam von rechts (auf der Kreuzung)	16	17	räumte nicht Vorfahrt ein, respektierte Rotlicht nicht	17	<p style="text-align: center; font-weight: bold; color: #0070c0;">Fahrzeug B</p> <p>6. Versicherter (Name und Anschrift)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefon / E-mail _____</p> <p>Mehrwertsteuerzahler? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>7. Fahrzeug</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">KRAFTFAHRZEUG</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">GLIEDERFAHRZEUG</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fahrzeugmarke</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Baujahr</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Amtl. Kennzeichen</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Amtl. Kennzeichen</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Land der Zulassung</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Land der Zulassung</td> </tr> </table> <p>8. Versicherer</p> <p>Anschrift der Außenstelle _____</p> <p>Haftpflichtversicherung Nr. _____</p> <p>Grünen Karte Nr. _____</p> <p>Grenzversicherung gültig bis _____</p> <p>Ist das Fahrzeug kaskoversichert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Versicherer _____</p> <p>9. Fahrer</p> <p>Familienname _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>_____</p> <p>Telefon / E-mail _____</p> <p>Führerscheinnummer _____</p> <p>Gruppe _____ ausgestellt von _____</p>	KRAFTFAHRZEUG	GLIEDERFAHRZEUG	Fahrzeugmarke		Baujahr		Amtl. Kennzeichen	Amtl. Kennzeichen	Land der Zulassung	Land der Zulassung
KRAFTFAHRZEUG	GLIEDERFAHRZEUG																																																																								
Fahrzeugmarke																																																																									
Baujahr																																																																									
Amtl. Kennzeichen	Amtl. Kennzeichen																																																																								
Land der Zulassung	Land der Zulassung																																																																								
1	* parkte / hat gestanden	1																																																																							
2	* fuhr an / offene Tür	2																																																																							
3	* war beim Parken / Anhalten	3																																																																							
4	verließ Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg	4																																																																							
5	fuhr auf ein(en) Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg ein	5																																																																							
6	fuhr in ein Kreisverkehr ein	6																																																																							
7	befuhr ein Kreisverkehr	7																																																																							
8	fuhr auf bei Fahrt in derselben Richtung in derselben Spur	8																																																																							
9	fuhr parallel in einer anderen Fahrspur	9																																																																							
10	wechselte die Fahrspur	10																																																																							
11	überholte	11																																																																							
12	bog nach rechts ab	12																																																																							
13	bog nach links ab	13																																																																							
14	fuhr rückwärts	14																																																																							
15	fuhr in die Gegenrichtung	15																																																																							
16	kam von rechts (auf der Kreuzung)	16																																																																							
17	räumte nicht Vorfahrt ein, respektierte Rotlicht nicht	17																																																																							
KRAFTFAHRZEUG	GLIEDERFAHRZEUG																																																																								
Fahrzeugmarke																																																																									
Baujahr																																																																									
Amtl. Kennzeichen	Amtl. Kennzeichen																																																																								
Land der Zulassung	Land der Zulassung																																																																								

<p>10. Bezeichnen Sie die Stelle der gegenseitigen Kollision mit Pfeil</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div> <p>11. Sichtbare Beschädigungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>13. Unfall-Skizze bzw. -Plan</p> <p style="font-size: 8px;">Bezeichnen Sie: 1. Straße, 2. Fahrrichtung der Fahrzeuge A und B, 3. Stellung der Fahrzeuge im Augenblick der Kollision, 4. Verkehrsbeschilderung, 5. Strassennamen</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%); font-weight: bold; color: #0070c0;">A</div> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%); font-weight: bold; color: #0070c0;">B</div> </div>	<p>10. Bezeichnen Sie die Stelle der gegenseitigen Kollision mit Pfeil</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div> <p>11. Sichtbare Beschädigungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	--

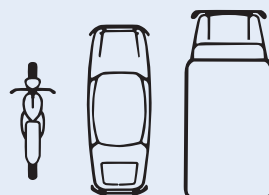
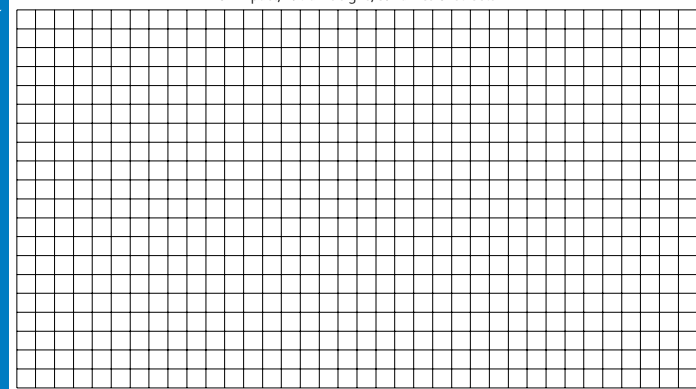

<p>14. Bemerkungen _____</p> <p style="text-align: right; font-weight: bold; color: #0070c0;">A</p>	<p>15. Unterschriften der Fahrer</p>	<p>14. Bemerkungen _____</p> <p style="text-align: right; font-weight: bold; color: #0070c0;">B</p>
---	--------------------------------------	---

Nach der Unterzeichnung und der Abtrennung der Blätter dürfen keine Angaben mehr geändert werden.

Traffic Accident Report

This is no admission of liability; it is mere documentation of the accident to facilitate the processing of the claim.

To be filled out by the drivers of both vehicles

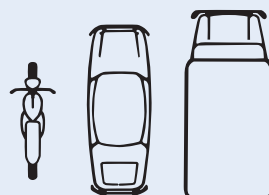

1. Date of the accident Time		2. Place (street, house number, kilometer mark) Country		3. Injury no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>																																																																																																										
4. Other damages vehicles other than A and B other tangible items no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>		5. Witnesses (name, address, telephone – underline the name of your passenger)		5a. Police investigation done no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> By whom																																																																																																										
Vehicle A 6. The Insured (name, address) Telephone / e-mail _____ VAT payer? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 7. Vehicle <table border="1"> <tr> <th>MOTOR VEHICLE</th> <th>TRAILER</th> </tr> <tr> <td>Vehicle make, type</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Year of Manufacture</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Registration plate No.</td> <td>Registration plate No.</td> </tr> <tr> <td>Country of registration</td> <td>Country of registration</td> </tr> </table> 8. The Insurer Branch Address _____ Liability policy number _____ Green card number _____ Cover abroad valid until _____ Vehicle covered under Casco policy? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> Insurer _____ 9. Driver Surname _____ Name _____ Address _____ Telephone / e-mail _____ Driver's licence number _____ group issued by		MOTOR VEHICLE	TRAILER	Vehicle make, type		Year of Manufacture		Registration plate No.	Registration plate No.	Country of registration	Country of registration	12. Circumstances of the accident For further details, cross-check boxes as applicable – scratch the non-applicable * <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>* was parked / standing</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>* was starting / door open</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>* was parking / was stopping</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>was leaving a parking lot, private lot, field road</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>was entering a parking lot, private lot, field road</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>was entering a traffic circle</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>was driving in a traffic circle</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>was driving in the same direction in another lane</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>was changing lanes</td><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>was taking over</td><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>was turning right</td><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>was turning left</td><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reversing</td><td>14</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>was driving in opposite direction</td><td>15</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>was approaching from the right (on an intersection)</td><td>16</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>failed to give the right of way, failed to make a stop at red light</td><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> ← Specify number of cross-checked boxes Must be signed by both drivers →		<input type="checkbox"/>	1	* was parked / standing	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	* was starting / door open	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	* was parking / was stopping	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	was leaving a parking lot, private lot, field road	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	was entering a parking lot, private lot, field road	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	was entering a traffic circle	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	was driving in a traffic circle	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	was driving in the same direction in another lane	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	was changing lanes	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	was taking over	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	was turning right	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	was turning left	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reversing	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	was driving in opposite direction	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	was approaching from the right (on an intersection)	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	failed to give the right of way, failed to make a stop at red light	17	<input type="checkbox"/>	Vehicle B 6. The Insured (name, address) Telephone / e-mail _____ VAT payer? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 7. Vehicle <table border="1"> <tr> <th>MOTOR VEHICLE</th> <th>TRAILER</th> </tr> <tr> <td>Vehicle make, type</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Year of Manufacture</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Registration plate No.</td> <td>Registration plate No.</td> </tr> <tr> <td>Country of registration</td> <td>Country of registration</td> </tr> </table> 8. The Insurer Branch Address _____ Liability policy number _____ Green card number _____ Cover abroad valid until _____ Vehicle covered under Casco policy? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> Insurer _____ 9. Driver Surname _____ Name _____ Address _____ Telephone / e-mail _____ Driver's licence number _____ group issued by		MOTOR VEHICLE	TRAILER	Vehicle make, type		Year of Manufacture		Registration plate No.	Registration plate No.	Country of registration	Country of registration
MOTOR VEHICLE	TRAILER																																																																																																													
Vehicle make, type																																																																																																														
Year of Manufacture																																																																																																														
Registration plate No.	Registration plate No.																																																																																																													
Country of registration	Country of registration																																																																																																													
<input type="checkbox"/>	1	* was parked / standing	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	2	* was starting / door open	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	3	* was parking / was stopping	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	4	was leaving a parking lot, private lot, field road	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	5	was entering a parking lot, private lot, field road	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	6	was entering a traffic circle	6	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	7	was driving in a traffic circle	7	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	8	rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane	8	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	9	was driving in the same direction in another lane	9	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	10	was changing lanes	10	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	11	was taking over	11	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	12	was turning right	12	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	13	was turning left	13	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	14	reversing	14	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	15	was driving in opposite direction	15	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	16	was approaching from the right (on an intersection)	16	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	17	failed to give the right of way, failed to make a stop at red light	17	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
MOTOR VEHICLE	TRAILER																																																																																																													
Vehicle make, type																																																																																																														
Year of Manufacture																																																																																																														
Registration plate No.	Registration plate No.																																																																																																													
Country of registration	Country of registration																																																																																																													
10. Mark collision point with arrow 		13. Sketch/drawing of the accident Mark the follows: 1. road, 2. ride direction of vehicles A and B, 3. position of vehicles of impact, 4. traffic signs, 5. names of streets 		10. Mark collision point with arrow 																																																																																																										
11. Visible damage		15. Drivers' signatures		11. Visible damage																																																																																																										
14. Comments		A		B																																																																																																										
A		B		B																																																																																																										

After signing and separating sheets, the entered data may no longer be changed.

Constant de l'accident de la route

Il ne sert pas à définir la responsabilité, il sert à documenter le déroulement de l'accident pour le but d'une indemnisation plus rapide du dommage. A remplir par les deux conducteurs des véhicules

1. Date de l'accident Heure _____	2. Lieu (rue, n° de l'immeuble borne kilométrique) _____ Pays _____	3. Blessé(s) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. Dégâts sur les véhicules autres que les véhicules A et B sur les objets non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	5. Témoins (noms, adresses, n° de téléphone – souligner les passagers des véhicules concernés) _____	5a. Fait l'objet d'une enquête de police non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Menée par _____

<div style="text-align: center; background-color: #0070c0; color: white; padding: 5px;">Véhicule A</div> 6. Assuré (nom et adresse) _____ _____ Téléphone / e-mail _____ Assujetti à la T.V.A.? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	12. Circonstances de l'accident Pour préciser le croquis, mettre une croix dans chacune des cases utiles – barrer la mention inutile *	<div style="text-align: center; background-color: #ffc107; color: white; padding: 5px;">Véhicule B</div> 6. Assuré (nom et adresse) _____ _____ Téléphone / e-mail _____ Assujetti à la T.V.A.? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>																																																						
7. Véhicule <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="font-size: small;">VÉHICULE À MOTEUR</th> <th style="font-size: small;">REMORQUE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marque, type _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Année de construction _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N° d'immatriculation _____</td> <td>N° d'immatriculation _____</td> </tr> <tr> <td>Pays d'immatriculation _____</td> <td>Pays d'immatriculation _____</td> </tr> </tbody> </table>	VÉHICULE À MOTEUR	REMORQUE	Marque, type _____	_____	Année de construction _____	_____	N° d'immatriculation _____	N° d'immatriculation _____	Pays d'immatriculation _____	Pays d'immatriculation _____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: right;">1</td><td style="width: 50%; text-align: left;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">2</td><td style="text-align: left;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">3</td><td style="text-align: left;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">4</td><td style="text-align: left;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">5</td><td style="text-align: left;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">6</td><td style="text-align: left;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">7</td><td style="text-align: left;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">8</td><td style="text-align: left;">8</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">9</td><td style="text-align: left;">9</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">10</td><td style="text-align: left;">10</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">11</td><td style="text-align: left;">11</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">12</td><td style="text-align: left;">12</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">13</td><td style="text-align: left;">13</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">14</td><td style="text-align: left;">14</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">15</td><td style="text-align: left;">15</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">16</td><td style="text-align: left;">16</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">17</td><td style="text-align: left;">17</td></tr> </table>	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	7. Véhicule <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="font-size: small;">VÉHICULE À MOTEUR</th> <th style="font-size: small;">REMORQUE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marque, type _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Année de construction _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N° d'immatriculation _____</td> <td>N° d'immatriculation _____</td> </tr> <tr> <td>Pays d'immatriculation _____</td> <td>Pays d'immatriculation _____</td> </tr> </tbody> </table>	VÉHICULE À MOTEUR	REMORQUE	Marque, type _____	_____	Année de construction _____	_____	N° d'immatriculation _____	N° d'immatriculation _____	Pays d'immatriculation _____	Pays d'immatriculation _____
VÉHICULE À MOTEUR	REMORQUE																																																							
Marque, type _____	_____																																																							
Année de construction _____	_____																																																							
N° d'immatriculation _____	N° d'immatriculation _____																																																							
Pays d'immatriculation _____	Pays d'immatriculation _____																																																							
1	1																																																							
2	2																																																							
3	3																																																							
4	4																																																							
5	5																																																							
6	6																																																							
7	7																																																							
8	8																																																							
9	9																																																							
10	10																																																							
11	11																																																							
12	12																																																							
13	13																																																							
14	14																																																							
15	15																																																							
16	16																																																							
17	17																																																							
VÉHICULE À MOTEUR	REMORQUE																																																							
Marque, type _____	_____																																																							
Année de construction _____	_____																																																							
N° d'immatriculation _____	N° d'immatriculation _____																																																							
Pays d'immatriculation _____	Pays d'immatriculation _____																																																							
8. Assureur Adresse de l'agence _____ N° de contrat _____ N° de carte verte _____ Assurance frontalière valable jusqu'au _____ Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Assureur _____	← Indiquer le nombre de cases cochées → A singer obligatoirement par les deux conducteurs	8. Assureur Adresse de l'agence _____ N° de contrat _____ N° de carte verte _____ Assurance frontalière valable jusqu'au _____ Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Assureur _____																																																						
9. Conducteur Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Téléphone / e-mail _____ N° du permis de conduire _____ catégorie _____ émis par _____	13. Croquis / situation au moment de l'accident A indiquer: 1. la route, 2. le sens de la circulation des véhicules A et B, 3. position des véhicules au moment du choc, 4. signalisation routière, 5. noms des rues	9. Conducteur Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Téléphone / e-mail _____ N° du permis de conduire _____ catégorie _____ émis par _____																																																						
10. Indiquer par une flèche les points de choc entre les véhicules 	<table border="1" style="width: 100%; height: 150px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: right;">A</td><td style="width: 50%; text-align: left;">B</td></tr> </table>	A	B	10. Indiquer par une flèche les points de choc entre les véhicules 																																																				
A	B																																																							
11. Dégâts apparents _____ _____	15. Signatures des conducteurs _____	11. Dégâts apparents _____ _____																																																						
14. Observations _____ _____	14. Observations _____ _____	14. Observations _____ _____																																																						

Après la signature et la séparation des feuilles de l'exemplaire, les données ne peuvent plus être modifiées.