

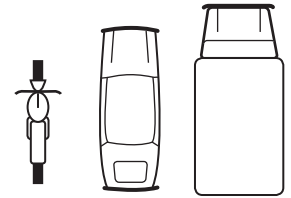
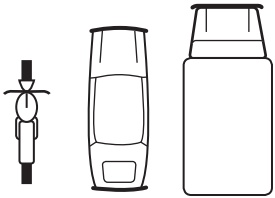
A remplir par les deux conducteurs

1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, numéro, év. borne kilométrique, commune, pays)	3. Blessé(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	5. Témoins (soulignez les passagers)		Instruit par la police oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Vehicule A		Vehicule B	
6. Nom, prénom et adresse de l'assuré		6. Nom, prénom et adresse de l'assuré	
Téléphone (de 9H à 16H)		Téléphone (de 9H à 16H)	
Est-il payeur de la TVA? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Est-il payeur de la TVA? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

7. Vehicule Maque, type _____ No. d'immatr. _____	<b>12. Mettre une croix dans chacune des cases utiles</b> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>en stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>quittait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>prenait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>s'engageait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>roulait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>heurtait à l'arrière l'autre véhicule qui roulait dans le même sens et sur la même file</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>roulait dans le même sens et sur une file différente</td><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>changeait de file</td><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>doublait</td><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>virait a droite</td><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>virait a gauche</td><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reculait</td><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse</td><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>venait de droite</td><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>n'avait pas observé le signal de priorité</td><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	en stationnement	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	quittait un stationnement	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	s'engageait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	heurtait à l'arrière l'autre véhicule qui roulait dans le même sens et sur la même file	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	changeait de file	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	11	doublait	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	12	virait a droite	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	14	reculait	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	16	venait de droite	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>	17	7. Vehicule Maque, type _____ No. d'immatr. _____
<input type="checkbox"/>		1	en stationnement	<input type="checkbox"/>	1																																																																																		
<input type="checkbox"/>		2	quittait un stationnement	<input type="checkbox"/>	2																																																																																		
<input type="checkbox"/>		3	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>	3																																																																																		
<input type="checkbox"/>		4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>	4																																																																																		
<input type="checkbox"/>		5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>	5																																																																																		
<input type="checkbox"/>		6	s'engageait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	6																																																																																		
<input type="checkbox"/>		7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	7																																																																																		
<input type="checkbox"/>		8	heurtait à l'arrière l'autre véhicule qui roulait dans le même sens et sur la même file	<input type="checkbox"/>	8																																																																																		
<input type="checkbox"/>		9	roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>	9																																																																																		
<input type="checkbox"/>	10	changeait de file	<input type="checkbox"/>	10																																																																																			
<input type="checkbox"/>	11	doublait	<input type="checkbox"/>	11																																																																																			
<input type="checkbox"/>	12	virait a droite	<input type="checkbox"/>	12																																																																																			
<input type="checkbox"/>	13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>	13																																																																																			
<input type="checkbox"/>	14	reculait	<input type="checkbox"/>	14																																																																																			
<input type="checkbox"/>	15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>	15																																																																																			
<input type="checkbox"/>	16	venait de droite	<input type="checkbox"/>	16																																																																																			
<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>	17																																																																																			
8. Sté d'assurance R.C. _____	8. Sté d'assurance R.C. _____	8. Sté d'assurance R.C. _____																																																																																					
Adresse: _____	Adresse: _____	Adresse: _____																																																																																					
No. de contrat _____	No. de contrat _____	No. de contrat _____																																																																																					
No. de la carte verte (pour les étrangers)	No. de la carte verte (pour les étrangers)	No. de la carte verte (pour les étrangers)																																																																																					
Validité de la carte verte   valable du _____ jusqu'au _____	Validité de la carte verte   valable du _____ jusqu'au _____	Validité de la carte verte   valable du _____ jusqu'au _____																																																																																					
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																																																																					
Sté d'assurance _____	Sté d'assurance _____	Sté d'assurance _____																																																																																					
9. Conducteur Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ Permis de conduire No. _____ Catégorie _____ délivré par _____	9. Conducteur Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ Permis de conduire No. _____ Catégorie _____ délivré par _____	9. Conducteur Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ Permis de conduire No. _____ Catégorie _____ délivré par _____																																																																																					
Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)	Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)	Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)																																																																																					

10. Indiquez par une flèche le point de choque initial



11. Dégâts apparents _____ _____	<b>13. Croquis de l'accident</b> 	11. Dégâts apparents _____ _____
14. Observations _____ _____		14. Observations _____ _____

15. Responsable de l'accident Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____	<b>16. Signatures des personnes intéressées</b> <table border="1"> <tr> <td><b>A</b></td> <td><b>B</b></td> </tr> <tr> <td>Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____</td> <td>Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____</td> </tr> </table>	<b>A</b>	<b>B</b>	Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____	Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____
<b>A</b>	<b>B</b>				
Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____	Conducteur du véhicule A   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conducteur du véhicule B   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complicité   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (nom, adresse) _____				