



1 Дата ДТП	Время	2 Место ДТП	3 Раненые, вкл. легкие ранения нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>
4 Материальный ущерб, нанесенный другим ТС кроме „А“ и „В“: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>		другому имуществу кроме ТС: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	
5 Свидетели ДТП: имя, фамилия, адрес, телефон			

Транспортное средство А

6 Страхователь/застрахованное лицо* * см. страхового полиса

Фамилия
Имя
Адрес
Почт. индекс Страна

Тел. или e-Mail

7 Транспортное средство

Автомобиль: Марка, модель Госуд. регистр. знак Страна регистрации	Автоприцеп: Госуд. регистр. знак Страна регистрации
--	---

8 Страховщик* (* см. страхового полиса)

Фамилия
Номер страхового полиса
Номер зеленой карты
Страховой полис или зеленая карта действительны с до

Наименование страховщика (компания или маклер)
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет да

9 Водитель (см. вод. удостоверение)

Фамилия
Имя
Дата рождения
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

№ вод. удостоверения
Категория (А, В, ...)
Вод. удостоверение действительно до



11 Перечень видимых повреждений на ТС „А“

.....
.....
.....

14 Замечания

.....
.....
.....

Обстоятельства ДТП

Отметить нужную клетку для точности схемы.
Ненужный текст зачеркнуть.

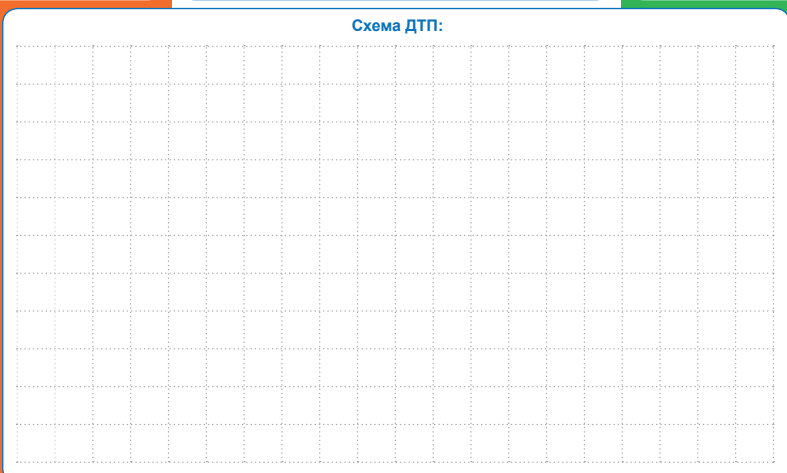
А	Как произошло ДТП ?	В
<input type="checkbox"/>	1 припарковался на стоянке	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 выехал со стоянки / открыл дверь машины	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 парковался	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 выезжал с места парковки, со двора, с дороги	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 заезжал на стоянку, во двор, на дорогу	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 заезжал на перекресток с круговым движением	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 двигался по перекрестку с круговым движением	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 столкнулся с ТС, двигавшемся в том же направлении по той же полосе	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 двигался в том же направлении по другой полосе	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 менял полосу	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 обгонял	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 поворачивал направо	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 поворачивал налево	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 двигался задним ходом	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 выехал на сторону дороги, предназначенной для встречного движения	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 подъехал с правой стороны (на перекрестке)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 не выполнил требования знака приоритета или запрещающего сигнала светофора	<input type="checkbox"/>

← **Указать количество отмеченных клеток** →

13 Схема ДТП в момент столкновения ТС

Дополните схему ДТП на сайте ru.accidentsketch.com

Указать: 1. Схему дороги
2. Направление движения ТС „А“ и „В“ (стрелками)
3. Расположение ТС „А“ в момент столкновения
4. Дорожные знаки 5. Названия улиц



Транспортное средство В

6 Страхователь/застрахованное лицо* * см. страхового полиса

Фамилия
Имя
Адрес
Почт. индекс Страна

Тел. или e-Mail

7 Транспортное средство

Автомобиль: Марка, модель Госуд. регистр. знак Страна регистрации	Автоприцеп: Госуд. регистр. знак Страна регистрации
--	---

8 Страховщик* (* см. страхового полиса)

Фамилия
Номер страхового полиса
Номер зеленой карты
Страховой полис или зеленая карта действительны с до

Наименование страховщика (компания или маклер)
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

Транспортное средство застраховано по договору от ущерба? нет да

9 Водитель (см. вод. удостоверение)

Фамилия
Имя
Дата рождения
Адрес
Страна
Тел. или e-Mail

№ вод. удостоверения
Категория (А, В, ...)
Вод. удостоверение действительно до



11 Перечень видимых повреждений на ТС „В“

.....
.....
.....

14 Замечания

.....
.....
.....



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 non oui

5 Témoins noms, adresses, tél.

Véhicule A

6 Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)*
Nom
Prénom
Adresse
Code postal. Pays
Tél. ou e-mail

7 Véhicule

à moteur: Marque, type
N° 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

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 →

13 Croquis de l'accident au moment du choc
Compléter leurs croquis plus tard: www.croquisaccident.fr
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 Souscripteur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)*
Nom
Prénom
Adresse
Code postal. Pays
Tél. ou e-mail

7 Véhicule

à moteur: Marque, type
N° 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

14 Mes observations:

