

## SPRÁVA O NEHODE

ZOSTAŇTE, PROSÍM, ZDVORILÍ  
A ZACHOVAJTE KLÚD

POKYNY NA POUŽITIE VO VNÚTRI

**Allianz**   
Slovenská poisťovňa

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.

### Pokyny pre poškodených pri poistnej udalosti mimo územia SR

1. Uvedomte si, že ste poistený u Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., a preto Vám žiadne ďalšie nebezpečenstvo nehrozi.
2. Teraz zavolajte, prosím, políciu a riad'te sa nasledujúcimi pokynmi:
  - a) vyplníte správu o nehode v slovenskej verzii výlučne v kolonkách, ktoré sa Vás týkajú;
  - b) takto vyplnený formulár opatrne odtrhnete a založíte pod formulár v jazykovej verzii, ktorá je najbližšia Vašej protistrane.
  - c) požiadate Vašu protistranu o vyplnenie jej verzie formuláru, čím sa i na Vašu verziu prepíšu údaje protistrany;
  - d) je potrebné dbať na to, aby pod Vašou verzou formuláru a verzou protistrany bola verzia jazykovo najbližšia miestnej polícii, čím aj polícia získa verziu pre ňu zrozumiteľnú;
  - e) po vyplnení oboch verzií navzájom podpíšete a požiadate políciu, aby Vám napísané údaje potvrdila, a to na časti nad formulárom;
  - f) po ukončení všetkých týchto úkonov máte v ruke doklad, ktorý veľmi urýchli likvidáciu Vašej poistnej udalosti.

#### Pre políciu:

Prosíme, potvrd'te správnosť doluvedených údajov a vyznač'te tieto údaje:

Vinník nehody  A  B  
Alkohol zistený  A  B  
VP zadržaný  A  B

Prosím, vyznač'te krížikom.

Vedené pod číslom jednatel'ským:

pečiatka a podpis

#### Unsere Bitte an die Polizei:

Bitte, bestätigen Sie die Richtigkeit der in der Unfallmeldung gemachten Angaben und beantworten Sie bitte die unten aufgeführten Fragen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Wer hat den Unfall verursacht  A  B  
Bei wem wurde Alkohol festgestellt  A  B  
Wem wurde der Führerschein abgenommen  A  B

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Aktenzeichen

Stempel, Unterschrift

#### For the police:

Please, confirm that the given facts are correct and point out the following:

Accident caused by  A  B  
Alcohol in blood  A  B  
Driving licence taken away  A  B

Cross, please.

Registered under No.

Stamp, signature

#### Réserve à la police:

Prière de certifier l'exactitude des données ci-dessous et de marquer ces données:

Le coupable de l'accident  A  B  
L'alcoolémie décelée  A  B  
Le permis de conduire retiré  A  B

Prière de marquer d'une croix

Enregistré sous la référence

Cachet, signature

Assistance

Allianz Allianz   
Slovenská poisťovňa

**ASISTENČNÁ SLUŽBA (pre vozidlá do 3500 kg)** je Vám k dispozícii 24 hodín denne, 7 dní v týždni.

Rozsah asistenčných služieb*	PZP		KASKO	
	SR a ČR	zahraničie	SR a ČR	zahraničie
<b>Nehoda a porucha vozidla</b>				
- príchod a odchod cestnej služby - oprava vozidla na mieste - odťah vozidla - vyprostenie vozidla	70 EUR	150 EUR	70 EUR	200 EUR
ubytovanie	40 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	70 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	40 EUR/osoba/noc na dobu 2 nocí	70 EUR/osoba/noc na dobu 2 nocí
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	organizácia**	organizácia	organizácia	organizácia
návrat do miesta bydliska	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady
uschovanie nepojazdného vozidla	10 EUR/deň na dobu 2 pracovných dní	15 EUR/deň na dobu 2 pracovných dní	2 pracovné dni	3 pracovné dni
zaslanie náhradných dielov	nie	nie	organizácia	organizácia
náhradné vozidlo	organizácia	organizácia	organizácia	organizácia
<b>Odcudzenie vozidla</b>				
ubytovanie	40 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	70 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	40 EUR/osoba/noc na dobu 2 nocí	70 EUR/osoba/noc na dobu 2 nocí
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	organizácia	organizácia	organizácia	organizácia
návrat do miesta bydliska	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady
náhradné vozidlo	organizácia	organizácia	organizácia	organizácia
<b>Živelná udalosť</b>				
- príchod a odchod cestnej služby - oprava vozidla na mieste - odťah vozidla - vyprostenie vozidla	nie	nie	70 EUR	200 EUR
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	nie	nie	organizácia	organizácia
náhradné vozidlo	nie	nie	organizácia	organizácia
<b>Chyba vodiča</b>				
- príchod a odchod cestnej služby - oprava vozidla na mieste - odťah vozidla	nie	nie	organizácia	organizácia
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	nie	nie	organizácia	organizácia
<b>Ďalšie asistenčné služby</b>				
Odťah vozidla do miesta bydliska	nie	nie	organizácia	organizácia
Drink taxi	nie	nie	organizácia	organizácia
Administratívno-informačné asistenčné služby	nie	nie	organizácia	organizácia

\* V prípade súbežného PZP a KASKO poistenia vozidla sa limity asistenčných služieb sčítajú.

\*\* Organizácia - Allianz Assistance zorganizuje službu, náklady na službu hradíte z vlastných prostriedkov.

V prípade núdze volajte, prosím:

Asistenčnú službu

+421 2 529 33 112

Nahlásenie poistnej udalosti v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s. (pondelok - nedeľa od 7. do 21. hod.):

Infolinka 0800 122 222

zo zahraničia +421 2 496 15 677

(Prosíme, tu opatrne odtrhnite)

# Správa o nehode

Vyplnia vodiči oboch vozidiel

1. Dátum nehody	Hodina	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát)	3. Zranení áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Vyšetované políciou áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Vozidlo A		Vozidlo B	
6. Držiteľ (meno, adresa)	A	6. Držiteľ (meno, adresa)	B
Telefón (9 - 16 hodín)		Telefón (9 - 16 hodín)	
Platiteľ DPH	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Platiteľ DPH	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____	12. Vyznačte	7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____
8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. _____	1 <input type="checkbox"/> Vozidlo stálo	8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. _____
Adresa: _____	2 <input type="checkbox"/> Vozidlo sa pohýnalo	Adresa: _____
Číslo poisťky _____	3 <input type="checkbox"/> Vozidlo zastavovalo	Číslo poisťky _____
Zelená karta číslo _____	4 <input type="checkbox"/> Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	Zelená karta číslo _____
(Pre cudzincov)    Platí do: _____	5 <input type="checkbox"/> Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	(Pre cudzincov)    Platí do: _____
Platnosť zelenej karty	6 <input type="checkbox"/> Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	Platnosť zelenej karty
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)	7 <input type="checkbox"/> Vozidlo išlo po kruhovom objazde	Vozidlo poistené havarijne (KASKO)
áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
V ktorej poisťovni? _____	9 <input type="checkbox"/> Vozidlo išlo súbežne	V ktorej poisťovni? _____
9. Vodič	10 <input type="checkbox"/> Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	9. Vodič
Meno _____	11 <input type="checkbox"/> Vozidlo predchádzalo	Meno _____
Priezvisko _____	12 <input type="checkbox"/> Vozidlo odbočovalo vpravo	Priezvisko _____
Adresa _____	13 <input type="checkbox"/> Vozidlo odbočovalo vľavo	Adresa _____
Vodič. pr. č. _____	14 <input type="checkbox"/> Vozidlo cúvalo	Vodič. pr. č. _____
Skup. _____    Vystavil _____	15 <input type="checkbox"/> Vozidlo prešlo do protismeru	Skup. _____    Vystavil _____
Platný od _____ do _____	16 <input type="checkbox"/> Vozidlo prišlo sprava	Platný od _____ do _____
(Pre bus, taxi)	17 <input type="checkbox"/> Vozidlo nedalo prednosť v jazde	(Pre bus, taxi)
10. Hlavný smer nárazu označte šípkou	Počet vyznačených polí	10. Hlavný smer nárazu označte šípkou

11. Viditeľné poškodenie	13. Plánik nehody	11. Viditeľné poškodenie
14. Poznámky		14. Poznámky
15. Nehodu zavinil	16. Podpis zúčastnených	15. Nehodu zavinil
Vodič vozidla A		Vodič vozidla A
Vodič vozidla B		Vodič vozidla B
Spoluviná		Spoluviná
Iný (meno, adresa)		Iný (meno, adresa)

áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>



F 3 0 L 1 5 0 8 0 7 1

Po podpísaní vyplnené údaje nemeňte.

Správa o nehode

1. Dátum nehody Hodina 2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát) 3. Zranení 4. Iné poškodenie než na vozoch A a B 5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite) Vyšetrowané policiou

6. Držiteľ (meno, adresa) Telefón (9 - 16 hodín) Platiteľ DPH 7. Vozidlo Typ-značka ŠPZ/EČV 8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. Adresa: Číslo poisťky Zelená karta číslo (Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty Platí do: Vozidlo poistené havarijne (KASKO) V ktorej poisťovni? 9. Vodič Meno Priezvisko Adresa Vodič. pr. č. Skup. Vystavil Platný od do (Pre bus, taxi)

12. Vyznačte 1. Vozidlo stálo 2. Vozidlo sa pohýňalo 3. Vozidlo zastavovalo 4. Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty 5. Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty 6. Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd 7. Vozidlo išlo po kruhovom objazde 8. Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu 9. Vozidlo išlo súbežne 10. Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu 11. Vozidlo predchádzalo 12. Vozidlo odbočovalo vpravo 13. Vozidlo odbočovalo vľavo 14. Vozidlo cúvalo 15. Vozidlo prešlo do protismeru 16. Vozidlo prišlo sprava 17. Vozidlo nedalo prednosť v jazde (Prípady iný priebeh nehody uveďte v poznámke) Počet vyznačených polí 13. Plánik nehody 14. Poznámky

10. Hlavný smer nárazu označte šípku 11. Viditeľné poškodenie 14. Poznámky 15. Nehodu zavínil Vodič vozidla A Vodič vozidla B Spolušina Iný (meno, adresa) 16. Podpis zúčastnených 15. Nehodu zavínil Vodič vozidla A Vodič vozidla B Spolušina Iný (meno, adresa)



# Unfallbericht

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Unfalltag	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein, Stadt, Land)	3. Verletzte ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon - Insassen unterstreichen)	Polizeilich aufgenommen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Fahrzeug A** **Fahrzeug B**

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)  
Herr/Frau/Fräulein/Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon (von 9 - 16 Uhr) \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  
ja  nein



6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)  
Herr/Frau/Fräulein/Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon (von 9 - 16 Uhr) \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  
ja  nein

7. Fahrzeug  
Marke, Typ \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

8. Haftpflichtversicherer  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_  
(Für Ausländer)  
"Atestation" oder Grüne Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?  
ja  nein

In welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

9. Fahrzeuglenker  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_ ausgestellt durch \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

1	Fahrzeug war abgestellt	1
2	setzte sich in Fahrt	2
3	hielt an	3
4	fuhr aus Grundstück, Feldweg aus	4
5	bog in Grundstück oder Feldweg ein	5
6	bog in einen Kreisverkehr ein	6
7	fuhr im Kreisverkehr	7
8	fuhr auf	8
9	fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur	9
10	wechselte die Spur	10
11	überholte	11
12	bog rechts ab	12
13	bog links ab	13
14	fuhr rückwärts	14
15	fuhr in die Gegenfahrbahn	15
16	kam von rechts	16
17	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	17

Anzahl der angekreuzten Felder

7. Fahrzeug  
Marke, Typ \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

8. Haftpflichtversicherer  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_  
(Für Ausländer)  
"Atestation" oder Grüne Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?  
ja  nein

In welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

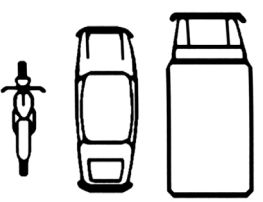
9. Fahrzeuglenker  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_ ausgestellt durch \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

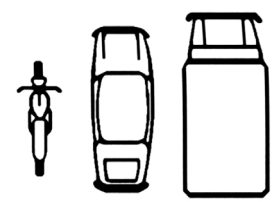
\_\_\_\_\_

gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Der Unfall wurde verursacht vom:

Lenker des Fahrzeugs A	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lenker des Fahrzeugs B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Anderer (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie: 1. Straßen    2. Richtung der Fahrzeuge A und B    3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes    4. Straßenschilder    5. Straßennamen


11. Sichtbare Schäden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Der Unfall wurde verursacht vom:

Lenker des Fahrzeugs A	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lenker des Fahrzeugs B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Anderer (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_



(Please, tear off carefully here)

Agreed statement of facts on motor vehicle accident

Must be signed by both drivers

1. Date of accident Time 2. Place (street, N° of house, road kilometer, city, country) 3. Injuries yes no 4. Other than car damages A and B yes no 5. Witnesses (underline the follow-travelers) 6. Investigated by police yes no

Vehicle A Vehicle B

6. Owner (Name and address) 6. Owner (Name and address) telephone (9 a.m. - 4 p.m.) Payer of V.A.T. yes no

7. Vehicle Type - Mark Registration No. 7. Vehicle Type - Mark Registration No.

8. Third-party liability insurer 8. Third-party liability insurer Address: Policy No. Green Card No.

(For foreigners only) valid until Green Card Is the damage to the vehicle insured? In which Insurance Comp.?

9. Driver Name Surname Address Driving license No. Groups Issued by Valid from to (for bus, taxi etc.)

10. Indicate by an arrow the point of initial impact

12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan

13. Plan of the accident

11. Visible damage 11. Visible damage 14. Remarks 14. Remarks

15. Accident caused by Vehicle driver A Vehicle driver B Common fault Other (name, address)

16. Signatures of the participants 16. Signatures of the participants

1508/30m - I / 2013



Do not make any changes after signing the paper.

# Constat amiable d'accident automobile

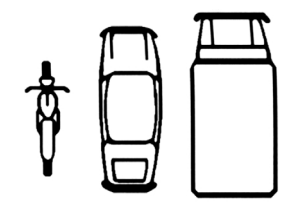
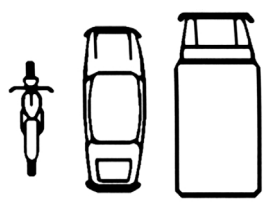
A remplir par les deux conducteurs

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?		Est-il payeur de la TVA?	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

7. Véhicule Marque, type _____ No. d'immatr. _____	<p>12. Mettre une croix dans chacune des cases utiles</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>en stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>quittait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>prenait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></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></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></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></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>roulait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>roulait dans le meme sens et sur une file différente</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>changeait de file</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>doublait</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>virait a droite</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>virait a gauche</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reculait</td><td><input type="checkbox"/></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></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>venait de droite</td><td><input type="checkbox"/></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></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	en stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	quittait un stationnement	<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 a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	roulait dans le meme 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 a droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reculait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	venait de droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>	7. Véhicule Marque, type _____ No. d'immatr. _____
<input type="checkbox"/>		1	en stationnement	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		2	quittait un stationnement	<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 a sens giratoire	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		8	heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		9	roulait dans le meme 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 a droite	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		14	reculait	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		16	venait de droite	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>																																																																			
8. Sté d'assurance R.C. _____		8. Sté d'assurance R.C. _____																																																																				
Adresse _____		Adresse _____																																																																				
No. de contrat _____		No. de contrat _____																																																																				
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 _____																																																																				
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 _____																																																																				
9. Conducteur Nom _____		9. Conducteur Nom _____																																																																				
Prénom _____		Prénom _____																																																																				
Adresse _____		Adresse _____																																																																				
Permis de conduire No. _____		Permis de conduire No. _____																																																																				
Catégorie _____ délivré par _____		Catégorie _____ délivré par _____																																																																				
Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)		Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)																																																																				

10. Indiquez par une fleche le point de choque initial



11. Dégâts apparents	<p>13. Croquis de l'accident</p>	11. Dégâts apparents
14. Observations		14. Observations
15. Responsable de l'accident		15. Responsable de l'accident

Conducteur du véhicule A oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<p>16. Signatures des personnes intéressées</p>	Conducteur du véhicule A oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Conducteur du véhicule B 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"/>		Complicité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autre (nom, adresse) _____		Autre (nom, adresse) _____



Ne rien modifier au constat apres les signatures.