



CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

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

4. Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	objets autres que des véhicules: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
5. Témoins : noms, adresses, tél.	

VÉHICULE A	12. CIRCONSTANCES	VÉHICULE B
6. Preneur d'assurance/assuré <small>(voir attestation d'assurance)</small>	A	6. Preneur d'assurance/assuré <small>(voir attestation d'assurance)</small>
Nom:	B	Nom:
Prénom:	<input type="checkbox"/> 1 *en stationnement / à l'arrêt	Prénom:
Adresse:	<input type="checkbox"/> 2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière	Adresse:
Code postal: Pays:	<input type="checkbox"/> 3 prenait un stationnement	Code postal: Pays:
Tél. ou e-mail:	<input type="checkbox"/> 4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	Tél. ou e-mail:
7. Véhicule	<input type="checkbox"/> 5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	7. Véhicule
À MOTEUR	<input type="checkbox"/> 6 s'engageait sur une place à sens giratoire	À MOTEUR
REMRORQUE	<input type="checkbox"/> 7 roulait sur une place à sens giratoire	REMRORQUE
Marque, type	<input type="checkbox"/> 8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	Marque, type
N° d'immatriculation	<input type="checkbox"/> 9 roulait dans le même sens et sur une file différente	N° d'immatriculation
N° d'immatriculation	<input type="checkbox"/> 10 changeait de file	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	<input type="checkbox"/> 11 doublait	Pays d'immatriculation
Pays d'immatriculation	<input type="checkbox"/> 12 virait à droite	Pays d'immatriculation
	<input type="checkbox"/> 13 virait à gauche	
	<input type="checkbox"/> 14 reculait	
	<input type="checkbox"/> 15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	
	<input type="checkbox"/> 16 venait de droite (dans un carrefour)	
	<input type="checkbox"/> 17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	
	<input type="checkbox"/> 18 Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	
	A signaler 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.	
8. Société d'assurance <small>(voir attestation d'assurance)</small>	13. Croquis de l'accident au moment du choc	8. Société d'assurance <small>(voir attestation d'assurance)</small>
Nom:	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).	Nom:
N° de contrat:		N° de contrat:
N° de carte verte:		N° de carte verte:
Attestation d'assurance ou carte verte valable du: au:		Attestation d'assurance ou carte verte valable du: au:
Agence (ou bureau, ou courtier):		Agence (ou bureau, ou courtier):
Nom:		Nom:
Adresse:		Adresse:
Pays:		Pays:
Tél. ou e-mail:		Tél. ou e-mail:
<i>Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat?</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		<i>Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat?</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
9. Conducteur (voir permis de conduire)		9. Conducteur (voir permis de conduire)
Nom:		Nom:
Prénom:		Prénom:
Date de naissance:		Date de naissance:
Adresse:		Adresse:
Pays:		Pays:
Tél. ou e-mail:		Tél. ou e-mail:
Permis de conduire n°:		Permis de conduire n°:
Catégorie (A, B,...):		Catégorie (A, B,...):
Permis valable jusqu'au:		Permis valable jusqu'au:
10. Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →		10. Indiquer le point de choc initial au véhicule B par une flèche →
		
11. Dégâts apparents au véhicule A:		11. Dégâts apparents au véhicule B:
.....	
14. Mes observations:	15. Signature des conducteurs	14. Mes observations:
.....	A
.....	B

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

à remplir par l'assuré et à remettre, sans délai, à son assureur

Preneur d'assurance :

Rappeler le nom du preneur d'assurance :

Quelle est la profession du preneur d'assurance ?

Le preneur d'assurance peut-il récupérer la TVA afférente au véhicule ? OUI Pourcentage % NON

Indiquer le compte bancaire du preneur d'assurance (sur lequel d'éventuels montants d'indemnisation pourront lui être versés)

Déroulement de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

S'agit-il d'un accident de travail/trajet ? OUI NON

Responsabilité

Qui est à votre avis responsable ?
(marquer d'une croix la case qui convient à votre réponse)

vous-même, respectivement le conducteur du véhicule

la partie adverse

responsabilité partagée

Votre véhicule sera visible **pour expertise** :

quand ?

où ? Tél. :

Adresse :

.....

Données du conducteur du véhicule assuré

Date de naissance du conducteur : Date de la première délivrance du permis de conduire :

Autres observations (marquer d'une croix la réponse qui convient)

Est-ce que la police était sur place ? OUI NON

Si oui, un procès-verbal a-t-il été dressé ? OUI NON

Si oui, par quel commissariat de police ?

Indiquer, si possible, le nom des agents verbalisants :

Le conducteur a-t-il subi une prise de sang ou un test d'alcoolémie ? OUI NON

Y a-t-il eu des blessés? (préciser les nom, prénom, adresse, et n° de téléphone des blessés et, si possible, la nature des lésions)

- dans votre véhicule :

.....

- dans le véhicule du tiers :

.....

- en dehors de ces véhicules :

.....

Y a-t-il eu des dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B ? (préciser la nature et l'importance de ces dégâts)

.....

.....

Indiquer le nom et l'adresse des propriétaires de ces autres biens endommagés :

.....

.....

A, le 20 Signature