

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuillet 1/2

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

4 Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B : non oui
 objets autres que des véhicules : non oui

5 Témoins : noms, adresses et tél.

VÉHICULE A

6 Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
 NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Pays :
 Tél. ou e-mail :

7 Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays 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) :
 NOM :
 Adresse :
 Pays :
 Tél. ou e-mail :
 Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)
 NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Pays :
 Tél. ou e-mail :
 Permis de conduire n° :
 Catégorie (A, B, ...) :
 Permis valable jusqu'au :

12. CIRCONSTANCES

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis

** Rayer la mention inutile*

A		B
<input type="checkbox"/> 1	* en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* quittait un stationnement / ouvrait une portière	<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 à sens giratoire	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	roulait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une 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 à droite	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	virait à gauche	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	reculait	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	venait de droite (dans un carrefour)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/> 17

← indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

A signer 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

13 Croquis de l'accident au moment du choc **13**

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).

10 Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →

11 Dégâts apparents au véhicule A :

14 Mes observations :

15 Signature des conducteurs **15**

VÉHICULE B

6 Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
 NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Pays :
 Tél. ou e-mail :

7 Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays 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) :
 NOM :
 Adresse :
 Pays :
 Tél. ou e-mail :
 Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)
 NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Pays :
 Tél. ou e-mail :
 Permis de conduire n° :
 Catégorie (A, B, ...) :
 Permis valable jusqu'au :

10 Indiquer le point de choc initial au véhicule B par une flèche →

11 Dégâts apparents au véhicule B :

14 Mes observations :

à remplir et à transmettre dans les **cinq** jours à votre assureur
 Cette déclaration complémentaire vous permet de mieux expliquer les circonstances de l'accident ; toutefois les éléments qui sont contraires à ceux mentionnés au recto signé de votre adversaire ne peuvent lui être opposés.

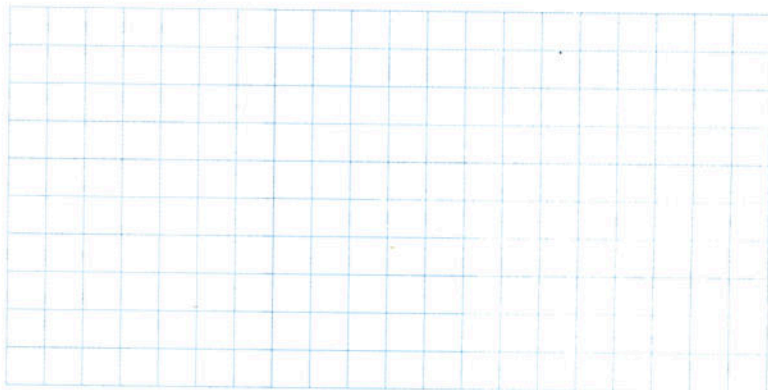
1. nom de l'assuré : _____ profession _____ n° tél. _____
 e-mail : _____

2. conducteur du véhicule : profession _____ Est-il : célibataire marié autre
 Est-il le conducteur habituel du véhicule ? OUI NON Réside-t-il habituellement chez l'assuré OUI NON
 Est-il salarié de l'assuré ? OUI NON Sinon à quel titre conduisait-il ? _____
 Motif du déplacement _____

3. circonstances de l'accident :
 (à préciser dans tous les cas même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi).

CROQUIS

Désigner les véhicules **A** et **B** conformément au recto. 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).



4. A-t-il été établi un **procès-verbal de gendarmerie** OUI NON un **rapport de police** OUI NON
 une **main-courante** OUI NON Si oui : Brigade ou Commissariat de _____

5. véhicule assuré : lieu habituel de garage _____

EXPERTISE des DÉGÂTS : Réparateur chez le véhicule sera visible

tél. : _____ fax : _____ e-mail : _____

Quand ? _____ Eventuellement téléphoner à : _____

Si le véhicule

- a été **volé**, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise)
 - est **gagé** ou fait l'objet d'un **contrat de location** (ou crédit-bail) : nom et adresse de l'organisme concerné _____
 - est un **poids lourd** : poids total en charge _____
 - était **attelé** à un autre véhicule (tractant ou remorqué) au moment de l'accident, indiquer le poids total en charge : _____
- Nom de la Société qui l'assure : _____ n° de contrat dans la Société : _____

6. dégâts matériels autres qu'aux véhicules **A** et **B** (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) : _____

7. blessé(s) NOM _____	
Prénom _____	_____
Age _____	_____
Adresse _____	_____
Téléphone _____	_____
Profession _____	_____
Situation au moment de l'accident <small>(conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)</small>	_____
Portait-il casque ou ceinture ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
1 ^{ers} soins ou hospitalisation à _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nature et gravité des blessures _____	_____
_____	_____