

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

1. Date de l'accident	Heure	2. Localisation	Lieu:
		Pays:	3. Blessé(s) même léger(s)
		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
4. Dégâts matériels à des		5. Témoins: noms, adresses, tél.	
véhicules autres que A et B	objets autres que des véhicules	
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	

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:

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

11. Dégâts apparents au véhicule A:

.....

.....

14. Mes observations:

.....

.....

12. CIRCONSTANCES

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

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
<input type="checkbox"/> ◀	Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	<input type="checkbox"/> ▶

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)

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:

.....

.....

15. Signature des conducteurs 15.

.....

.....

