

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuillet 2/2

1

Date de l'accident

Heure

2

Localisation :

Lieu :

Pays :

3

Blessé(s) même léger(s)

non

oui

4

Dégâts matériels à des

véhicules autres que A et B

objets autres que des véhicules

non

oui

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

Pays d'immatriculation

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) :

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

↓

A

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

* Rayer la mention inutile

1

* en stationnement / à l'arrêt

2

* quittait un stationnement / ouvrait une portière

3

prenait un stationnement

4

sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre

5

s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre

6

s'engageait sur une place à sens giratoire

7

roulait sur une place à sens giratoire

8

heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file

9

roulait dans le même sens et sur une file différente

10

changeait de file

11

doublait

12

virait à droite

13

virait à gauche

14

reculait

15

empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse

16

venait de droite (dans un carrefour)

17

n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge

←

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).

B

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

Pays d'immatriculation

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) :

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 :

15

Signature des conducteurs

15

14

Mes observations :

A

B

Copyright Insurance Europe aisbl

Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant vous est ouvert auprès des entreprises d'assurances destinataires du présent constat.

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.

profession _____ n° tél. _____

Est-il : célibataire ☐ marié ☐ autre ☐

NON		Réside-t-il habituellement chez l'assuré	OUI		NON	
-----	--	--	-----	--	-----	--

Sinon à quel titre conduisait-il ? _____

Motif du déplacement _____

(à préciser dans tous les cas même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi).

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).

A full-page view of a blank sheet of graph paper. The grid consists of small squares formed by thin, light blue lines. There are 20 columns and 15 rows of squares visible on the page. The margins are consistent on all sides.

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Si oui : Brigade ou Commissariat de _____

EXPERTISE des DÉGÂTS : Réparateur chez qui le véhicule sera visible

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

Quand ? _____ Eventuellement téléphoner à : _____

Si le – est **gage** ou fait l'objet d'un **contrat de location** (ou credit-bail) : nom et adresse de l'organisme concerne _____

véhicule } – 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) :

Prénom		
--------------	--	--

Age		
-----------	--	--

Adresse.....		
--------------	--	--

Téléphone

Profession		
------------------	--	--

Situation au moment de l'accident		
-----------------------------------	--	--

(conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)

Portait-il casque ou ceinture ?.....

1 ^{ers} soins ou hospitalisation à domicile	OUI	NON	OUI	NON
--	-----	-----	-----	-----

1 ^{ers} soins ou hospitalisation a		
Maternité ou hôpital de jour		

Nature et gravité des blessures		
---------------------------------------	--	--