

# CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuille 1/2



3523300055635400

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

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. \* 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
<input type="checkbox"/> ◀ 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

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'à : .....

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

A

B



# déclaration

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 qui le véhicule sera visible .....

tél. : ..... fax : ..... e-mail : .....  
Quand ? ..... Éventuellement 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 (conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)		
Portait-il casque ou ceinture ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
1 <sup>ers</sup> soins ou hospitalisation à .....		
Nature et gravité des blessures		
.....		
.....		