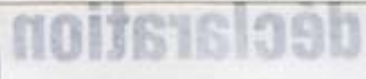


CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuillelet 1/2



1 Date de l'accident _____ **Heure** _____

2 Localisation : Lieu (dans les 400 m autour de l'endroit où l'accident s'est produit) : _____
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

5 Témoins : noms, adresses et tél.
Nom : _____
Profession : _____
Adresse : _____
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 : _____

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 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 et 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 que des flèches des véhicules A, B - 3. leur position au moment du choc - 4. les signaux existants - 5. le sens des sens 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

A _____ B _____

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant vous est ouvert auprès des entreprises d'assurances désignées du présent constat.

declaration

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.

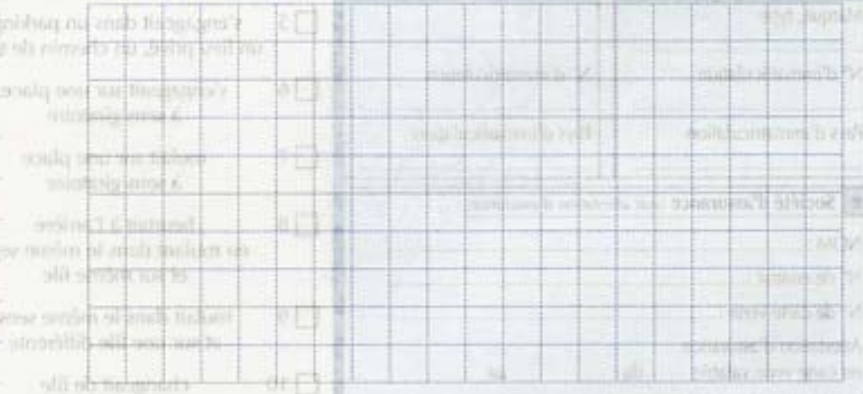
1. **nom de l'assuré :** _____ profession : _____ n° tél. : _____
e-mail : _____

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 flèches) des véhicules A, B - 3. Leur position au moment du choc - 4. Les signaux routiers - 5. Le nom des rues (ou routes).

ÉVÉNEMENT	DATE	HEURE	LIEU



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 : _____
- 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 : _____
Si le 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) : _____

7. **blessé(s)** NOM _____

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

A _____ le _____ 20 _____ Signature de l'assuré : _____