

# CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

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

4. **Dégâts matériels à des:**

véhicules autres que A et B objets autres que des véhicules

non  oui  non  oui

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 .....	Marque, type .....
Année de construction .....	Année de construction .....
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: \_\_\_\_\_

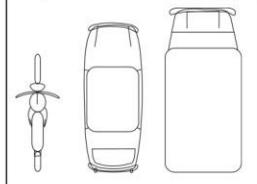
Tél. ou e-mail: \_\_\_\_\_

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 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)

## 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 .....	Marque, type .....
Année de construction .....	Année de construction .....
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: \_\_\_\_\_

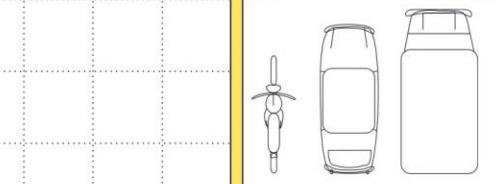
Tél. ou e-mail: \_\_\_\_\_

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