

# CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

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

4. Dégâts matériels à des: véhicules autres que A et B <input type="checkbox"/> objets autres que des véhicules <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 .....	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: \_\_\_\_\_

## 12. CIRCONSTANCES

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis  
\* Rayer la mention inutile

<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: \_\_\_\_\_

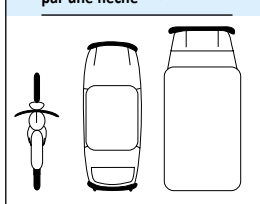
7. Véhicule

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 .....

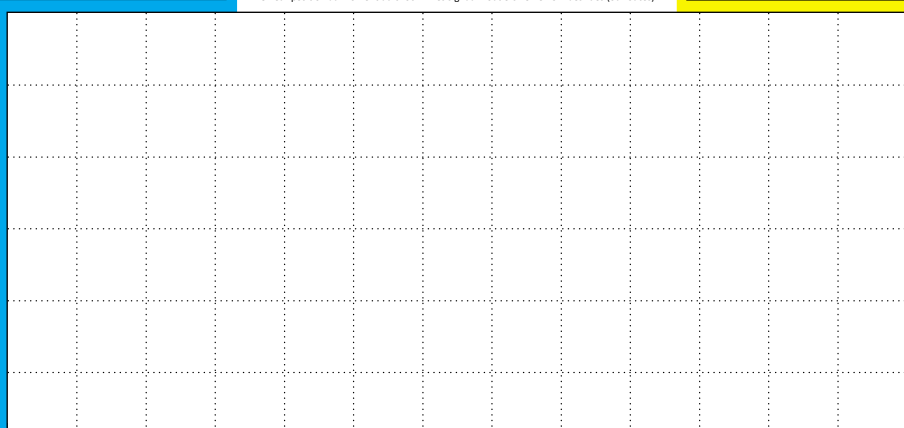
8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance):  
NOM: \_\_\_\_\_  
N° de contrat: \_\_\_\_\_  
N° de carte verte: \_\_\_\_\_  
Attestation d'assurance ou carte verte valable  
du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_  
Agence (ou bureau, ou courtier): \_\_\_\_\_  
NOM: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
..... 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: \_\_\_\_\_

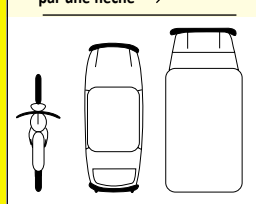
10. Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →



11. Dégâts apparents au véhicule A:  
.....  
.....  
.....



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

14. Mes observations:  
.....  
.....