

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

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

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:

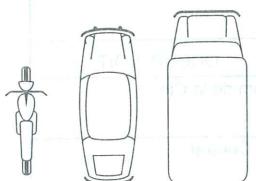
Tél. ou e-mail:

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 ▼

<p>A</p> <p><input type="checkbox"/> 1 * en stationnement/à l'arrêt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière</p> <p><input type="checkbox"/> 3 prenait un stationnement</p> <p><input type="checkbox"/> 4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre</p> <p><input type="checkbox"/> 5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre</p> <p><input type="checkbox"/> 6 s'engageait sur une place à sens giratoire</p> <p><input type="checkbox"/> 7 roulait sur une place à sens giratoire</p> <p><input type="checkbox"/> 8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file</p> <p><input type="checkbox"/> 9 roulait dans le même sens et sur une file différente</p> <p><input type="checkbox"/> 10 changeait de file</p> <p><input type="checkbox"/> 11 doublait</p> <p><input type="checkbox"/> 12 virait à droite</p> <p><input type="checkbox"/> 13 virait à gauche</p> <p><input type="checkbox"/> 14 reculait</p> <p><input type="checkbox"/> 15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse</p> <p><input type="checkbox"/> 16 venait de droite (dans un carrefour)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge</p> <p><input type="checkbox"/> ◀ Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix ▶ <input type="checkbox"/></p>	<p>B</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p> <p><input type="checkbox"/> 13</p> <p><input type="checkbox"/> 14</p> <p><input type="checkbox"/> 15</p> <p><input type="checkbox"/> 16</p> <p><input type="checkbox"/> 17</p>
--	---

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	
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:

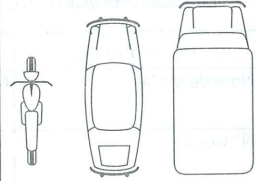
Tél. ou e-mail:

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.

.....

.....

Les données recueillies au moyen du présent constat serviront à la gestion du sinistre déclaré. Elles serviront également à compléter l'allocation de sinistralité que l'assureur délivrera au preneur d'assurance à la fin du contrat (article 17er du contrat d'assurance). Le quadret de l'AR relatif au contrat (type: RC auto) et dont une copie sera remise au nouvel assureur du preneur, à la demande de ce dernier, en vue de compléter et de vérifier les informations communiquées par le preneur. Les données pourront être enregistrées dans le fichier FSR (risques spécialisés) de l'assureur. Pour obtenir ce droit, le preneur adresse une demande écrite et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'assureur concerné ou à l'assureur agréé par le DASSUR, communication effectuée au moment de la conclusion du contrat. Pour obtenir ce droit, le preneur adresse une demande écrite et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'assureur concerné ou à l'assureur agréé par le DASSUR, communication effectuée au moment de la conclusion du contrat. Toute personne justifiant de son identité et de l'assurance. Toute personne justifiant de son identité et de l'assurance.

A

B

DÉCLARATION D'ACCIDENT

à remplir par le souscripteur,
à transmettre immédiatement à SON assureur.

Feuille 1/2

<ul style="list-style-type: none"> L'AUTORITE VERBALISANTE A-t-il été dressé procès-verbal ? Par qui ? Numéro du P.V. (éventuellement) Le conducteur de votre véhicule a-t-il subi une prise de sang ou un autre test d'alcoolémie ou de drogue ? Le conducteur de votre véhicule a-t-il refusé de subir pareil test ? Les documents éventuellement transmis par l'autorité verbalisante doivent être envoyés à votre assureur. 	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

AUTRES RENSEIGNEMENTS EVENTUELS

<ul style="list-style-type: none"> VOTRE VEHICULE: n° de châssis Cylindrée ou puissance Usage au moment du sinistre Date et résultat du dernier contrôle technique
	privé - chemin du travail - professionnel *

<ul style="list-style-type: none"> LE REPARATEUR: nom et adresse Véhicule immobilisé 	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

<ul style="list-style-type: none"> LA REMORQUE DE VOTRE VEHICULE Marque et type Numéro de châssis Poids maximum autorisé (tare + charge utile)

<ul style="list-style-type: none"> LE CONDUCTEUR DE VOTRE VEHICULE Est-il le conducteur habituel ? A quel titre conduisait-il ? Quelle est sa date de naissance ? 	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	préposé - propriétaire - parent - ami garagiste *

<ul style="list-style-type: none"> LA T.V.A. Quelle est l'activité professionnelle du propriétaire du véhicule ? Quel est son numéro d'immatriculation à la T.V.A. ? Possède-t-il le droit de déduire la T.V.A. relative au bien sinistré ? Dans l'affirmative 	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	totalelement - partiellement * %

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la Compagnie d'assurances pourra entraîner des poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.

<ul style="list-style-type: none"> LES BLESSES (précisez les nom, prénom, adresse et n° de téléphone des blessés et, si possible, la nature des lésions) Dans votre voiture: Dans le véhicule du tiers: En dehors de ces véhicules:

<ul style="list-style-type: none"> LES DEGATS MATERIELS AUTRES qu'aux véhicules A et B (nature et importance) Nom et adresse des lésés:

<ul style="list-style-type: none"> LES RESPONSABILITES: à qui, à votre avis, incombe la responsabilité de l'accident et pourquoi ?
---	-------

LES ASSURANCES SOUSCRITES POUR VOTRE VEHICULE:					
RESP. CIVILE	DEGATS MATERIELS	INCENDIE	VOL	PROTECTION JURIDIQUE	OCCUP. VOIT.
Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie
N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat

<ul style="list-style-type: none"> ETES-VOUS ENCORE EN POSSESSION D'UN CARNET ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui QUEL EST LE NUMERO DE VOTRE COMPTE FINANCIER EVENTUEL ? Compte bénéficiaire (IBAN) BIC bénéficiaire 	Fait à le 20										
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

* Biffer la mention inutile !