

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

1. Date de l'accident Heure:
2. Localisation Lieu:
 Pays:

3. Blessé(s) même léger(s)
 non oui

4. Dégâts matériels à des
 véhicules autres que A et B: non oui
 objets autres que des véhicules: 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:	
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

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

◀ 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:	
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

A **B**

Les données recueillies au moyen du présent constat servent à la gestion du sinistre déclaré. Elles servent également à compléter l'attestation de sinistralité que l'assureur délivrera au preneur d'assurance à la fin du contrat (article 1749 du Code de Commerce) et à la demande de cet assureur, en vue de compléter et de vérifier les informations communiquées par le preneur. Les données pour-
 et enregistrées dans le fichier (réques spéciales) de l'assureur ou de son intermédiaire, à l'usage de l'assureur ou de son intermédiaire, en vue de compléter et de vérifier les informations communiquées par le preneur. Les données pour-
 d'identité à l'assureur concernent le Dabassur, service des Rénovés, 25 Square de Ménilmontant, 75019 Paris.

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	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 	<p>.....</p> <p>privé - chemin du travail - professionnel *</p> <p>.....</p>																			
<ul style="list-style-type: none"> • LE REPARATEUR: nom et adresse Véhicule immobilisé 	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>																			
<ul style="list-style-type: none"> • LA REMORQUE DE VOTRE VEHICULE Marque et type Numéro de châssis Poids maximum autorisé (tare + charge utile) 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																			
<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? 	<p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>préposé - propriétaire - parent - ami garagiste *</p> <p>.....</p>																			
<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 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>totalemment - partiellement * %</p>	<p>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.</p>																		
<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? 																				
<ul style="list-style-type: none"> • LES ASSURANCES SOUSCRITES POUR VOTRE VEHICULE: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">RESP. CIVILE</th> <th style="width: 16.6%;">DEGATS MATERIELS</th> <th style="width: 16.6%;">INCENDIE</th> <th style="width: 16.6%;">VOL</th> <th style="width: 16.6%;">PROTECTION JURIDIQUE</th> <th style="width: 16.6%;">OCCUP. VOIT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> </tr> <tr> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> </tr> </tbody> </table>			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
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 Fait à le 20 • QUEL EST LE NUMERO DE VOTRE COMPTE FINANCIER EVENTUEL? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> 																				
		Signature																		

* Biffer la mention inutile !