

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

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

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
<input type="checkbox"/> ◀	Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	<input type="checkbox"/> ▶

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.

.....

.....

A

B

Les données recueillies au moyen du présent constat servent à la gestion du sinistre déclaré. Elles serviront également à compléter l'attestation de sinistralité que l'assureur délivrera au preneur d'assurance à la fin du contrat (article 1er, quatrième du PAR relatif au contrat-type RC auto) et dont une copie sera remise au nouvel assureur du preneur à la demande de ce dernier. Les données communiquées par le preneur. Les données pourront être enregistrées dans le fichier RSP (risques spéciaux) du GIE Datasur, dont la finalité est de permettre une analyse des risques et de lutter contre la fraude à l'assurance. Toute personne justifiant de son identité à la demande de Datasur, communication et/ou rectification des données la concernant. Pour exercer ce droit, la personne adresse une demande écrite et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'assureur concerné ou à Datasur, service des fichiers, 29 Square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

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. 	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table>	<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															
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui																						
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui																						
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui																						
<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>..... privé - chemin du travail - professionnel *</p>																						
<ul style="list-style-type: none"> LE REPARATEUR: nom et adresse Véhicule immobilisé 	<p>..... <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table> </p>	<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) 	<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? 	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table> <p>préposé - propriétaire - parent - ami garagiste *</p>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui																				
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui																						
<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>..... <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table> <p>totalemment - partiellement * %</p> </p>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<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>																			
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui																						
<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%;"> <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> <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> </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 QUEL EST LE NUMERO DE VOTRE COMPTE FINANCIER EVENTUEL? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Fait à le 20</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>																							

* Biffer la mention inutile !