



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

A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

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

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

A 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 véhicules 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'à: _____

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

11. Dégâts apparents au véhicule A:

14. Mes observations:

15. Signature des conducteurs

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

11. Dégâts apparents au véhicule B:

14. Mes observations:

Indications complémentaires pour la déclaration de sinistre

16. en cas de dégâts aux véhicules A et B:

Où peuvent être examinés les véhicules

véhicule A _____
dès le _____ Evaluation approximative du dommage: _____

véhicule B _____
dès le _____ Evaluation approximative du dommage: _____

17. en cas de dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B:

noms, prénoms _____ a) _____
adresses, No tél. _____
des lésés; évaluation b) _____
approximative du c) _____
dommage _____

18. s'il y a des blessés:*

noms, prénoms _____ a) _____
adresses, No tél. _____
des lésés; nature des b) _____
lésions _____
c) _____
* Nom/adresse du médecin traitant/de l'hôpital à compléter sous "23. observations"

19. conducteur de votre véhicule:

jour, mois, année

profession: _____ date de naissance: _____ état civil: _____

Conduisait-il avec votre autorisation? non oui

Avait-il loué le véhicule? non oui

20. fautes commises:

Vous considérez-vous, ou le conducteur de votre véhicule, comme responsable partiellement non responsable

21. constat de police:

non oui poste de police _____

22. assurance de protection juridique:

Avez-vous une telle assurance? non oui Compagnie _____

Lui avez-vous annoncé ce cas? non oui

23. observations:

Le soussigné autorise la société d'assurance à prendre connaissance des documents officiels et des pièces médicales.

date _____ signature du preneur d'assurance: _____

1^{ère} feuille: pour l'assureur resp. civile véhicule A
2^{ème} feuille: pour l'assureur resp. civile véhicule B
3^{ème} feuille: pour le détenteur du véhicule B
couverture: pour le détenteur du véhicule A

Cette formule a été remise par:

nationale
suisse

Compagnie d'Assurances Nationale Suisse SA, Bâle