

# déclaration

à remplir et à transmettre dans les cinq jours à votre assureur  
Cette déclaration complémentaire vous permet de mieux expliquer les circonstances de l'accident ; toutefois les éléments qui sont contraires à ceux mentionnés au recto signé de votre adversaire ne peuvent lui être opposés.

1. nom de l'assuré : ..... Profession ..... n° tél. ....  
e-mail : .....

2. conducteur du véhicule : Profession ..... Est-il : célibataire  marié  autre

Est-il le conducteur habituel du véhicule ? OUI  NON  Réside-t-il habituellement chez l'assuré ? OUI  NON

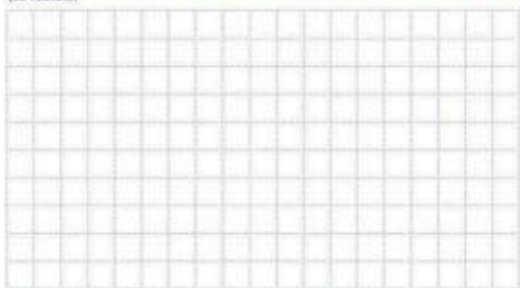
Est-il salarié de l'assuré ? OUI  NON  Sinon à quel titre conduisait-il ? .....

Motif du déplacement .....

3. circonstances de l'accident : ( à préciser dans tous les cas même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi).  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## CROQUIS

Désigner les véhicules A et B conformément au recto.  
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).



4. A-t-il été établi un procès-verbal de gendarmerie ? OUI  NON  un rapport de police ? OUI  NON

une main courante ? OUI  NON

Si oui : Brigade ou Commissariat de .....

5. véhicule assuré : lieu habituel de garage .....

EXPERTISE des DÉGÂTS : Réparateur chez qui le véhicule sera visible .....

tél. : ..... fax : ..... e-mail : .....

Quand ? ..... Éventuellement téléphoner à : .....

Si le véhicule

- a été volé, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise)
- est gagé ou fait l'objet d'un contrat de location (ou crédit-bail) : nom et adresse de l'organisme concerné
- est un poids lourd : poids total en charge : .....
- était attelé à un autre véhicule (tractant ou remorqué) au moment de l'accident, indiquer le poids total en charge : .....

Nom de la Société qui l'assure : ..... n° de contrat dans la Société : .....

6. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) :  
.....  
.....

## 7. blessé(s) NOM

Prénom .....

Age .....

Adresse .....

Téléphone .....

Profession .....

Situation au moment de l'accident  
(conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)

Portait-il casque ou ceinture ? OUI  NON

1<sup>er</sup> soins ou hospitalisation à OUI  NON

Nature et gravité des blessures .....

A ..... le ..... 20 ..... Signature de l'assuré

# CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuille 1/2



3523300055635400

1. Date de l'accident : _____ Heure : _____	2. Localisation : _____ Lieu : _____	3. Blessé(s) même léger(s) : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels à des 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"/>		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 : \_\_\_\_\_

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

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 ▶	

A signer obligatoirement par les DEUX conducteurs  
Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité sous un aspect des blessés et des tiers avant la constatation de règlement.

13. Croquis de l'accident au moment du choc 13.

Préciser : 1. le point de choc ; 2. le point de vue des deux véhicules A et B ; 3. le point de vue du témoin ; 4. le signal routier ; 5. le sens de circulation.

## VÉHICULE B

6. Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Tél. ou e-mail : \_\_\_\_\_

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type : _____ N° d'immatriculation : _____ Pays d'immatriculation : _____	N° 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