

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

1. Date de l'accident 01/12/2013 14:15		2. Localisation Lieu: 1080 Pays: BELGIQUE BRUXELLES		3. Blessé(s) même léger(s) non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
4. Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			5. Témoins: noms, adresses, tél.: PAUL DUBOIS RUE NOMMAERTS 10, 1080 BRUXELLES 0477 01 01 01		

VÉHICULE A

6. Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
 NOM: LAMBERT
 Prénom: PIERRE
 Adresse: RUE ROYALE 221
 Code postal: 1000 Pays: BELGIQUE
 Tél. ou e-mail: 02/401.10.10

7. Véhicule

A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type: AUDI A4 N° d'immatriculation: 1 000 777 Pays d'immatriculation: BELGIQUE	N° d'immatriculation: Pays d'immatriculation:

8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
 NOM: P & V
 N° de contrat: 3000001
 N° de carte verte:
 Attestation d'assurance ou carte verte valable du: 010713 au: 010714
 Agence (ou bureau, ou courtier) NOM: CONSEIL ABC
 Adresse: AVENUE DES ALIZES 123 1000 BXL Pays: BELGIQUE
 Tél. ou e-mail: -
 Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat? non oui

9. Conducteur (voir permis de conduire)
 NOM: LAMBERT
 Prénom: PIERRE
 Date de naissance: 18/05/1969
 Adresse: RUE ROYALE 221 1000 Bxl Pays: BELGIQUE
 Tél. ou e-mail: pierre@yahoo.com
 Permis de conduire n°: 0200793
 Catégorie (A, B, ...): A
 Permis valable jusqu'au: 17/09/2018

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

11. Dégâts apparents au véhicule A:
Avant

14. Mes observations:
j'ai vu trop tard le véhicule devant moi.

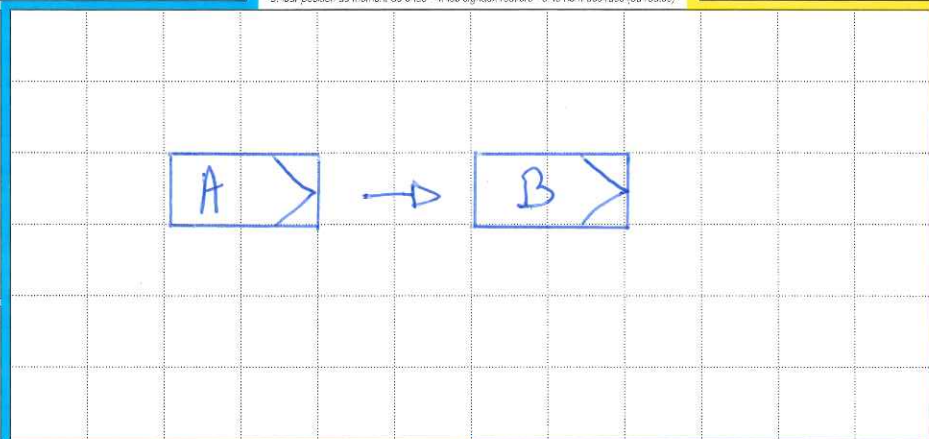
12. CIRCONSTANCES

▼ Mettre une croix dans chacune des cases ▼

A	utiles pour préciser le croquis * Rayer la mention inutile	B
<input type="checkbox"/> 1	* en stationnement à l'arrêt	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ◀	Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	▶ <input checked="" 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)



15. Signature des conducteurs 15.
 Lambert P. Dupont J.B.

VÉHICULE B

6. Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
 NOM: DUPONT
 Prénom: JEAN
 Adresse: AVENUE DES LILAS 42
 Code postal: 1150 Pays: BELGIQUE
 Tél. ou e-mail: dupont@yahoo.com

7. Véhicule

A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type: BMW x1 N° d'immatriculation: 1 AAA 222 Pays d'immatriculation: BELGIQUE	N° d'immatriculation: Pays d'immatriculation:

8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
 NOM: P & V
 N° de contrat: 3000004
 N° de carte verte:
 Attestation d'assurance ou carte verte valable du: 010813 au: 010814
 Agence (ou bureau, ou courtier) NOM: BUREAU DEF
 Adresse: RUE DUPASSAGE 42 1160 Pays: BELGIQUE
 Tél. ou e-mail: 02/641.00.00
 Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat? non oui

9. Conducteur (voir permis de conduire)
 NOM: DUPONT
 Prénom: JEAN
 Date de naissance: 04/01/1971
 Adresse: AVENUE DES LILAS 42 1150 Pays: BELGIQUE
 Tél. ou e-mail: -
 Permis de conduire n°: 0300854
 Catégorie (A, B, ...): A
 Permis valable jusqu'au: 26/03/2020

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

11. Dégâts apparents au véhicule B:
ARRIERE

14. Mes observations:
Mon véhicule a été percuté par l'arrière

Les données recueillies au moyen de ce constat servent à la gestion de sinistres et à la recherche de responsabilités. Elles ne constituent ni un avis, ni une recommandation de l'assureur. Elles ne constituent pas une reconnaissance de responsabilité. Elles ne constituent pas un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement. Toute personne participant de son identité à l'établissement de ce constat est responsable de sa véracité. Toute personne participant de son identité à l'établissement de ce constat est responsable de sa véracité. Toute personne participant de son identité à l'établissement de ce constat est responsable de sa véracité.

DÉCLARATION D'ACCIDENT

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

<p>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.</p>	<p>non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>VOTRE VEHICULE: n° de châssis Cylindrée ou puissance Usage au moment du sinistre Date et résultat du dernier contrôle technique</p>	<p>privé - chemin du travail - professionnel *</p>
<p>LE REPARATEUR: nom et adresse Véhicule immobilisé</p>	<p>G.H.I., Bruxelles</p> <p>non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>LA REMORQUE DE VOTRE VEHICULE Marque et type Numéro de châssis Poids maximum autorisé (tare + charge utile)</p>	<p>/</p>
<p>LE CONDUCTEUR DE VOTRE VEHICULE Est-il le conducteur habituel ? A quel titre conduisait-il ? Quelle est sa date de naissance ?</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>préposé - propriétaire - parent - ami garagiste *</p>
<p>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>non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>totalem. - partiellem. * %</p>

AUTRES RENSEIGNEMENTS EVENTUELS

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.

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:

.....

.....

LES DEGATS MATERIELS AUTRES qu'aux véhicules A et B (nature et importance)

.....

.....

Nom et adresse des lésés:

.....

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

ETES-VOUS ENCORE EN POSSESSION D'UN CARNET ? non oui Fait à BRUXELLES le 01.12 20 13

QUEL EST LE NUMERO DE VOTRE COMPTE FINANCIER EVENTUEL ?

Compte bénéficiaire (IBAN)

BE99 9999 9999 9999

BIC bénéficiaire

Signature Lambert P.

* Biffer la mention inutile !