

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuille 1/2



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 du contrat) 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 pour- ront être enregistrées dans le fichier RSP (risques spéciaux) du GIE Datasur, dont la finalité est de permettre une analyse des risques et de l'adapter à l'assurance. Toute personne justifiant de son identité à la demande de ce dernier, la personne adresse une copie de ce constat et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'assureur concerné ou à Datasur, service des fichiers, 29 Square de Meirits à 1000 Bruxelles.

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 ▼

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

◀ 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 15.

A

B

DÉCLARATION D'ACCIDENT

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

| <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 | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> LE REPARATEUR: nom et adresse Véhicule immobilisé | Carrosserie PIRON Rue des trois entités 14 4890 <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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui préposé - propriétaire - parent - ami garagiste * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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 | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui totalement - partiellement * % | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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;"> <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? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33.33%; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Signature | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Biffer la mention inutile !