

# CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

<b>1. Date de l'accident</b>	Heure	<b>2. Localisation</b>	Lieu: .....	<b>3. Blessé(s) même léger(s)</b>
		Pays: .....		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<b>4. Dégâts matériels à des</b>		<b>5. Témoins: noms, adresses, tél.:</b>		
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: .....

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: .....

## 12. CIRCONSTANCES

▼ Mettre une croix dans chacune des cases ▼

<b>A</b>		<b>B</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

## 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	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: .....

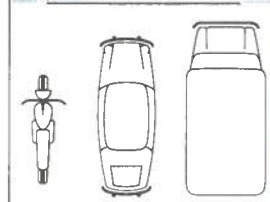
Tél. ou e-mail: .....

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:**

.....

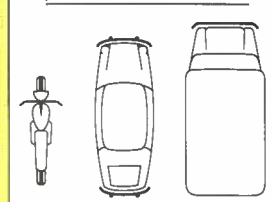
.....

**14. Mes observations:**

.....

.....

### 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**

A

B

Les données recueillies au moyen du présent constat servent à la gestion du sinistre déclaré. Elles servent également à compléter l'attribution de sinistralité que l'assureur délivrera au preneur d'assurance à la fin du contrat (article 1er du contrat). Le qualifié (VIN relatif au contrat-type (R) auto) doit être une copie sans remise au motif d'assurance au preneur. Les données pourront être envoyées dans le fichier ESPR (réquis spéciaux) du GIE Diassur pour permettre une correcte analyse des risques et de l'itér contre la fraude à l'assurance. Toute personne possédant de son identité le droit d'obtenir auprès de l'assureur concerné ou celui-ci, la personne adresse une demande écrite au Directeur Général de la Sécurité des Véhicules (DGSV) à l'adresse suivante: 25, Boulevard de la Woluwe, 1050 Bruxelles.

# DÉCLARATION D'ACCIDENT

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

Feuille 2/2

<p>• <b>L'AUTORITE VERBALISANTE</b> 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><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p><b>AUTRES RENSEIGNEMENTS EVENTUELS</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																								
<p>• <b>VOTRE VEHICULE:</b> n° de châssis Cylindrée ou puissance Usage au moment du sinistre Date et résultat du dernier contrôle technique</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>privé - chemin du travail - professionnel *</p> <p>.....</p>																																									
<p>• <b>LE REPARATEUR:</b> nom et adresse Véhicule immobilisé</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>																																									
<p>• <b>LA REMORQUE DE VOTRE VEHICULE</b> Marque et type Numéro de châssis Poids maximum autorisé (tare + charge utile)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																									
<p>• <b>LE CONDUCTEUR DE VOTRE VEHICULE</b> Est-il le conducteur habituel ? A quel titre conduisait-il ? Quelle est sa date de naissance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>préposé - propriétaire - parent - ami garagiste *</p> <p>.....</p>																																									
<p>• <b>LA T.V.A.</b> 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>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>totalemment - partiellement * ..... %</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>																																								
<p>• <b>LES BLESSES</b> (précisez les nom, prénom, adresse et n° de téléphone des blessés et, si possible, la nature des lésions)</p> <p>Dans votre voiture:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Dans le véhicule du tiers:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>En dehors de ces véhicules:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																										
<p>• <b>LES DEGATS MATERIELS AUTRES</b> qu'aux véhicules A et B (nature et importance)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nom et adresse des lésés: .....</p> <p>.....</p>																																										
<p>• <b>LES RESPONSABILITES:</b> à qui, à votre avis, incombe la responsabilité de l'accident et pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																										
<p>• <b>LES ASSURANCES SOUSCRITES POUR VOTRE VEHICULE:</b></p> <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																																					
<p>• <b>ETES-VOUS ENCORE EN POSSESSION D'UN CARNET ?</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    Fait à ..... le ..... 20 .....</p> <p>• <b>QUEL EST LE NUMERO DE VOTRE COMPTE FINANCIER EVENTUEL ?</b></p> <p>Compte bénéficiaire (IBAN)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p>BIC bénéficiaire</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><b>Signature</b></p>																																										

\* Biffer la mention inutile !