

Mode d'emploi du Constat amiable - Déclaration d'accident

Ce constat est conforme au modèle retenu par le Comité Européen des Assurances (C.E.A.)

A utiliser pour tout accident automobile

Que faire en cas d'accident ?

Quelles qu'en soient les circonstances, **conservez votre sang froid et restez courtois.**

- **S'il n'y a que des dégâts matériels :**
Présentez spontanément votre **attestation d'assurance** et votre **permis de conduire** et remplissez tranquillement et soigneusement, avec l'autre conducteur, **un seul et même constat amiable.**
- **S'il y a un blessé même léger :**
Alertez d'abord la Police ou la Gendarmerie.

Comment remplir un constat d'accident ?

— Sur les lieux de l'accident

1. **Utilisez un seul carnet de constat amiable** pour 2 véhicules en cause (2 pour 3 véhicules, etc...). **Peu importe qui le fournit ou le remplit.** Employez de préférence un stylo à bille et appuyez fort, le double sera plus lisible.
 2. **N'oubliez pas**, en rédigeant le constat :
 - de vous reporter pour répondre aux questions :
 - a) de la rubrique 8, à vos documents d'assurance (contrat ou carte verte),
 - b) de la rubrique 9, à votre permis de conduire ;
 - d'indiquer avec précision le point de choc initial (rubrique 10) ;
 - de mettre une croix (X) dans la case à hauteur de chacune des rubriques de circonstances (n° 1 à 17) s'appliquant à l'accident (rubrique 12) et d'indiquer le nombre des cases ainsi marquées;
 - d'établir un croquis de l'accident (rubrique 13).
 3. Si l'accident a eu des témoins, écrivez leur nom et adresse, surtout en cas de difficultés avec l'autre conducteur.
 4. **Signez et faites signer le constat par l'autre conducteur.** Remettez-lui un des exemplaires, conservez l'autre.
- **Chez vous**
 - Complétez les renseignements dont a besoin votre Assureur, en remplissant la déclaration d'accident au verso du constat.
 - N'oubliez pas de préciser où et quand votre véhicule sera visible pour que l'expert puisse au plus vite examiner les dégâts.
 - Ne modifiez **en aucun cas** la partie **constat** (recto).
 - Transmettez ce document **sans retard** à votre Assureur.
 - **Cas particulier**
 - Si l'autre conducteur est en possession d'un formulaire également conforme au modèle retenu par le Comité Européen des Assurances, mais établi dans une langue différente, **sachez qu'il est identique au vôtre.** Vous pouvez donc l'utiliser en suivant la traduction de rubrique en rubrique (elles sont numérotées à cet effet) sur votre propre carnet. Mais n'omettez pas ensuite de remplir chez vous la déclaration d'accident en utilisant alors le verso d'un formulaire de constat imprimé dans votre langue nationale que vous transmettez sans retard à votre assureur avec le volet du constat étranger.
 - Le présent formulaire servira également dans les cas d'accident sans tiers (tésés), par exemple : dégâts matériels propres, vol, incendie, etc...

Dès réception d'un nouveau carnet de constat, mettez-le dans la boîte à gants de votre véhicule.

**Constat Européen
d'Accident**

**ne nous fâchons pas
restons courtois
soyons calmes**

voir mode d'emploi

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuillet 1/2

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 véhicules autres que A et B : non oui
objets autres que des véhicules : non oui

5 Témoins : noms, adresses et 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 utiles pour préciser le croquis ↓

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

← 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**

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuillet 2/2

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

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 et 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 utiles pour préciser le croquis ↓

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

← 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

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. _____

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 ? _____

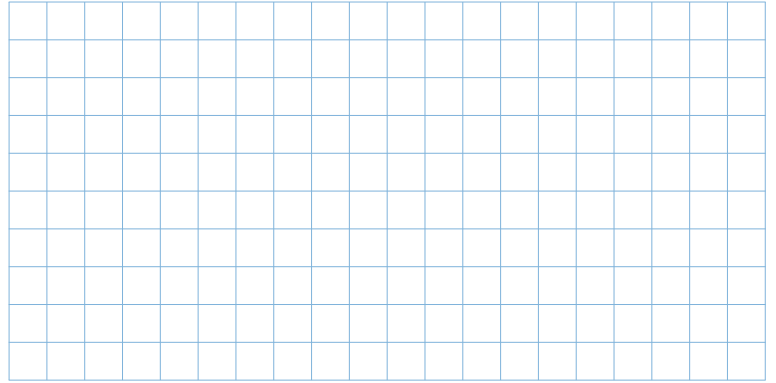
Motif du déplacement _____

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 ? _____ Eventuellement 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 <small>(conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)</small>	
Portait-il casque ou ceinture ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
1 ^{ers} soins ou hospitalisation à.....	
Nature et gravité des blessures.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	
.....	