Constat Européen d'Accident

Pas de reconnaissance de dette, mais une reproduction de l'accident afin d'accélérer le règlement des revendications.

Pour être complété par les deux pilotes.

1. Date de l'accident	Heure	**2. Localisation** (ville, rue, ID propriété ou jalon)	**3. Blessé(s)** même léger(s) non ☐ oui ☐
4. Dégâts matériels · à des véhicules autres que **A** et **B** non ☐ oui ☐		**5. Témoin** (nom, adresse, téléphone, détenus sur des points A et B)	

12. Circonstances

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis.

A			B
☐	1	en stationnement/à l'arrêt	1 ☐
☐	2	en quittant un stationnement	2 ☐
☐	3	en prenant un stationnement	3 ☐
☐	4	en sortant d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin	4 ☐
☐	5	en s'engageant dans un parking, un lieu privé, un chemin	5 ☐
☐	6	en s'engageant sur un croisement	6 ☐
☐	7	en roulant dans un croisement	7 ☐
☐	8	en heurtant sur l'arrière d'un vehicule roulant dans le même sens et sur la même file	8 ☐
☐	9	en roulant dans le même sens et sur une file différente	9 ☐
☐	10	en changeant de file	10 ☐
☐	11	en doublant	11 ☐
☐	12	en virant à droite	12 ☐
☐	13	en virant à gauche	13 ☐
☐	14	marche arrière	14 ☐
☐	15	en changeant sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	15 ☐
☐	16	en venant de droite (carrefour)	16 ☐
☐	17	en avant pas respecté un signal de priorité ou un feu rouge	17 ☐
☐	◄	Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	► ☐

A

6. Souscripteur d'assurance

(voir attestation d'assurance)

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Droit de déduction de la TVA? non ☐ oui ☐

7. Véhicule

Marque, type: _____

N° d'immatriculation: _____

8. Société d'assurance

N° de contrat: _____

Agence: _____

N° de carte verte: _____

Attestation d'assurance ou carte verte valable jusqu'au: _____

Assurance tous risques? non ☐ oui ☐

9. Conducteur

Nom:: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

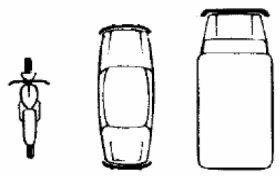
Permis de conduire no.: _____

Catégorie: _____ délivré par: _____

valable du : _____ au _____

(Pour les autobus, les taxis, etc)

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



11. Dégâts apparents sur véhicule

14. Observations:

B

6. Souscripteur d'assurance

(voir attestation d'assurance)

Nom: _____

Prenom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Droit de déduction de la TVA? non ☐ oui ☐

7. Véhicule

Marque, type: _____

N° d'immatriculation: _____

8. Société d'assurance

N° de contrat: _____

Agence: _____

N° de carte verte: _____

Attestation d'assurance ou carte verte valable jusqu'au: _____

Assurance tous risques? non ☐ oui ☐

9. Conducteur

Nom:: _____

Prenom: _____

Adresse: _____

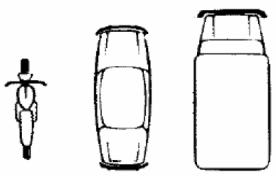
Permis de conduire no.: _____

Catégorie: _____ délivré par: _____

valable du : _____ au _____

(Pour les autobus, les taxis, etc)

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



11. Dégâts apparents sur véhicule

14. Observations:

13. Croquis de l'accident

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 deux conducteurs

A B