

constat amiable d'accident automobile

Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité, mais un relevé des identités et des faits, servant à l'accélération du réglement.

à signer obligatoirement par les DEUX conducteurs

1. date de l'accident	heure	2. lieu	3. blessés	même légers
2024-08-21	11:24:5	9 aaaaaaaa	non	oui X
4. dégâts matériels	autres	5. témoins noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager	de A ou B)	
qu'aux véhicules A et E				
non	ıi <mark>X</mark>			

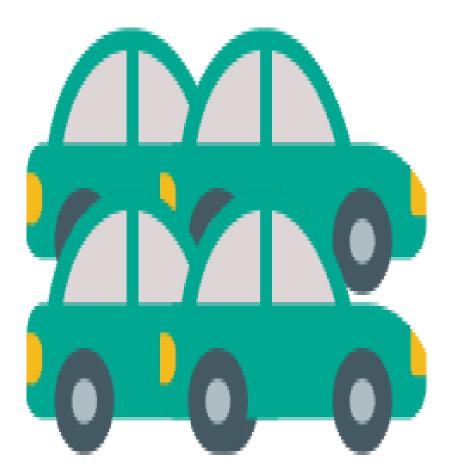
VEHICULE A			12. circonstances			VEHICULE B										
6. Société d'Assurances			Mettre une croix (x) dans chacune des cases utiles			6. Société d'Assurances										
Véhicule assuré par aaaaaaaaaa			pour préciser le croquis		В	Véhicule assuré par										
Police d'Assurance N° aaaaaaaaa		1	en stationnement	1		Police d'Assurance N°										
Agenceaaaaaaaaaa		2	quittait un stationnement	2		Agence										
Attestation valable	X	3	prenait un stationnement	3		Attestation valable										
du 2024-08-29 au 2024-08-20		4	sortait d'un parking, d'un lieu	du au												
7. Identité du Conducteur	X	_	privé, d'un chemin de terre	7. Identité du Conducteur												
Nom aaaaaaaaa	X	⁵ –	s'engageait dans un parking, u lieu privé, un chemin de terre	Nom												
			arrêt de circulation	6		Prénom										
Adresse aaaaaaaaa	X	7 fr	frottement sans changement de	Adresse												
Permis de conduire N°aaaaaaaaaa	X		neurtait à l'arrière, en roulant dar			Permis de conduire N°										
Délivré le2024-08-27T23:00:00.000Z	X	le 9	e même sens et sur une même fi roulait dans le même sens et			Délivré le										
8. Assuré (voir attest. d'assur.)		10	sur une file différente			8. Assuré (voir attest. d'assur.)										
Nom aaaaaaaaa			changeait de file	10	ш	Nom										
Prénom aaaaaaaaa			doublait	11		Prénom										
Adresse: aaaaaaaaaa			virait à droite	12		Adresse:										
Tél. aaaaaaaaa		13	virait à gauche	Tél.												
9. Identité du Véhicule		_ 14	reculait	9. Identité du Véhicule												
Marque, Type aaaaaaaaa		е	empiétait sur la partie de chauss	Marque, Type												
N° d'immatriculation aaaaaaaaaa		15 re	réservée à la circulation en se inverse													
Sens suivi		16	venait de droite (dans un carrefour)	16		Sens suivi										
Venant de aaaaaaaaaa			n'avait pas observé le signal	Venant de												
Allant à aaaaaaaaa			de priorité indiquer le nombre de	_	Ξ	Allant à										
		cases marquées d'une cr														
10. Indiquer par une flèche le point de choc initial	H	13	3 croquis de l'accide	nt		10. Indiquer par une flèche le point de choc initial →										
				Ť												
11. dégâts apparents aaaaaaaa aaaaaaaaa					11. dégâts apparents											
14. observations			14. ob	serv	ations											
aaaaaaaaa aaaaaaaaaa			14.00	JCI V	auc	nio -										
A 15. signature des conducteurs B																

déclaration à remplir par l'assuré et à transmettre dans les cinq jours à son assureur (dans les 24 heures en cas de vol du véhicule).

1.	nom de l'assuré			pro	fess	ior	1							1	n° t	él			
2.	circonstances de l'accident	•	(CRO	QUI	S		ıleme recto		'il n'	а ра	s de	éjà «	été f	ait	sur l	е с	ons	tat
			D	ésig	ner	les	vél	nicule	s p	ar 🖊	A et	В	cor	ıforr	ném	ent	au	rec	to
								es voic											
																\Box	\Box		
_																	\dashv		
																	\Box		
																	\dashv		\dashv
																	\dashv		\dashv
3.	A-t-il été établi un procès-verbale d		e?	OU	1		NOI	V	uı	n rap	por	t de	po	ice?	? 0	UI	٦	N	ON
_	Si oui: Brigade ou Poste de Police														_		_		_
4.	conducteur du véhicule assuré :													-	UI UI	\Box	\vdash	ON	
	Date de naissanceSinon à quel titre conduisait-il?																LN	ON_	
_																			
5.	véhicule assuré: Lieu habituel																		_
	Quel était le motif du déplacement EXPERTISE des DÉGATS : Gara																		_
	Quand?	.90 04 10 101110410		. Év	entu	ell	eme	ent té	lépl	hone	er à								_
	_ a été volé, indiquer son numé																		
	<pre>si le</pre>																		_
	véhicule _ était attelé à un autre véhicu																		— е
	_ véhicule :		poid	s tota	al en	cha	arge	:											
6	_ nom de la Société qui l'assur dégâts matériels autres qu'au																		_
U.	ueguis illulelleis uulles qu'at	ix venicules A et E) (n	atur	e et	ım	por	tance	∌; n	iom	et a	are	sse	au	pro	prie	tali	re)	
_			_			_	_		_	_	_	_	_	_	_		_	_	_
/.	blessé(s) NOM																		
	Prénom et âge																		_
	Auresse																		
	Profession																		_
	Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur		_									_		_	_				_
	Est-il salarié de l'assuré? Nature et gravité des blessures	OUI	N	ON	┙					L	OUI	Ш		NO	N	_			
																			_
	Situation au moment de l'accident (piéton, passager du véhicule A ou B etc.)																		_
	1 ^{ers} soins ou hospitalisation à																		_
								<u> </u>	A					 , le				_	_
											Sig	nati	ure	de l	'ass	suré	:		

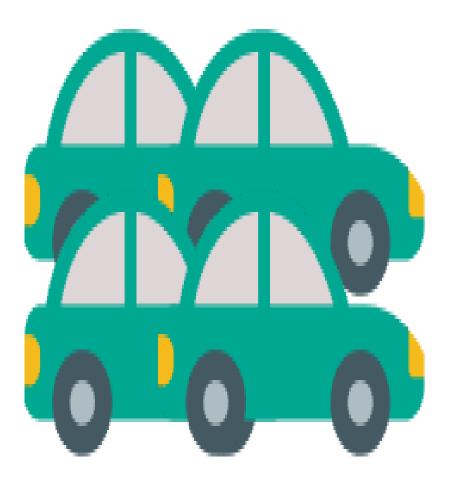
Tester les images Tester les images

Tester les images Tester les images



Tester les images Tester les images

Tester les images Tester les images



Tester les images Tester les images

Tester les images Tester les images

