

# 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 règlement.

à signer obligatoirement par les DEUX conducteurs

1. date de l'accident 2024-08-21	heure 11:24:59	2. lieu aaaaaaa	3. blessés même légers non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>		5. témoins noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager de A ou B)	

VEHICULE A		12. circonstances		VEHICULE B	
6. Société d'Assurances				6. Société d'Assurances	
Véhicule assuré par aaaaaaaa				Véhicule assuré par .....	
Police d'Assurance N° aaaaaaaa				Police d'Assurance N° .....	
Agence aaaaaaaa				Agence .....	
Attestation valable .....				Attestation valable .....	
du 2024-08-29 au 2024-08-20				du ..... au .....	
7. Identité du Conducteur				7. Identité du Conducteur	
Nom aaaaaaaa				Nom .....	
Prénom aaaaaaaa				Prénom .....	
Adresse aaaaaaaa				Adresse .....	
Permis de conduire N° aaaaaaaa				Permis de conduire N° .....	
Délivré le 2024-08-27T23:00:00.000Z				Délivré le .....	
8. Assuré (voir attest. d'assur.)				8. Assuré (voir attest. d'assur.)	
Nom aaaaaaaa				Nom .....	
Prénom aaaaaaaa				Prénom .....	
Adresse : aaaaaaaa				Adresse : .....	
Tél. aaaaaaaa				Tél. ....	
9. Identité du Véhicule				9. Identité du Véhicule	
Marque, Type aaaaaaaa				Marque, Type .....	
N° d'immatriculation aaaaaaaa				N° d'immatriculation .....	
Sens suivi				Sens suivi	
Venant de aaaaaaaa				Venant de .....	
Allant à aaaaaaaa				Allant à .....	
10. Indiquer par une flèche le point de choc initial		13. croquis de l'accident		10. Indiquer par une flèche le point de choc initial	
11. dégâts apparents aaaaaaa aaaaaaaa				11. dégâts apparents	
14. observations aaaaaaa aaaaaaaa				14. observations	
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

(le Souscripteur)

profession

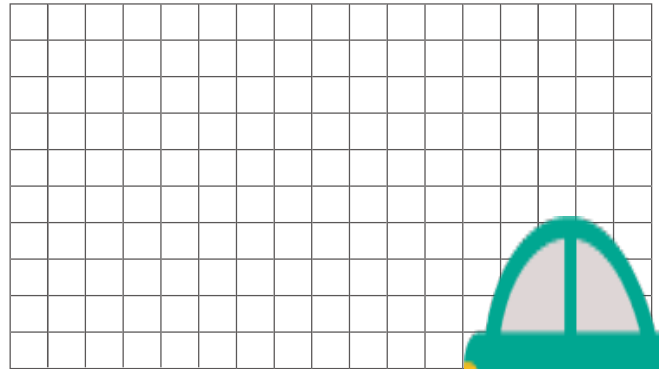
n° tél.

## 2. circonstances de l'accident:

**CROQUIS** (seulement s'il n'a pas déjà été fait sur le constat au recto).

Désigner les véhicules par **A** et **B** conformément au recto

Préciser : 1. le tracé des voies - 2. la direction des véhicules A, B- 3. leur position au moment du choc - 4. les alignements routiers - 5. le nom des rues (ou routes)



## 3. A-t-il été établi un procès-verbal de la Garde Nationale?

OUI ☐

NON ☐

un rapport de police?

Si oui : Brigade ou Poste de Police :

## 4. conducteur

du véhicule assuré : Est-il le conducteur habituel du véhicule?.....

Date de naissance.....

Est-il salarié de l'Assuré?.....

Sinon à quel titre conduisait-il?.....

OUI ☐  
NON ☐

OUI ☐  
NON ☐

## 5. véhicule assuré: Lieu habituel de garage

Quel était le motif du déplacement?.....

**EXPERTISE des DÉGATS : Garage où le véhicule sera visible**

Quand?..... Événement déclencheur :.....

- Si le véhicule
- ☐ a été volé, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte)
  - ☐ est gagé: nom et adresse de l'Organisme de crédit.....
  - ☐ est un poids lourd : poids total en charge.....
  - ☐ était attelé à un autre véhicule (tractant ou tracté) au moment de l'accident, indiquer le n° d'immatriculation de cet autre véhicule :.....
  - ☐ poids total en charge :.....
  - ☐ nom de la Société qui l'assure :..... n° police dans cette Société :.....

## 6. dégâts matériels autres qu'aux véhicules (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) :

## 7. blessé(s) NOM.....

Prénom et âge.....

Adresse.....

Profession.....

Degré de parenté avec l'assuré.....

le conducteur.....

Est-il salarié de l'assuré?.....

Nature et lieu des blessures.....

Situation du blessé à l'accident

(piéton, conducteur A ou B etc.)

1<sup>ers</sup> soins.....

A....., le.....  
Signature de l'assuré :