

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 2024-08-27	heure 08:07:19	2. lieu aaaaaaaaaaa	3. blessés même légers <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui
4. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui		5. témoins noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager de A ou B)	

VEHICULE A

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par **aaaaaaaaaaa**

Police d'Assurance N° **aaaaaaaaaaa**

Agence **aaaaaaaaaaa**

Attestation valable

du **2024-08-29** au **2024-08-26**

7. Identité du Conducteur

Nom **aaaaaaaaaaa**

Prénom **aaaaaaaaaaa**

Adresse **aaaaaaaaaaa**

Permis de conduire N° **aaaaaaaaaaa**

Délivré le **2024-08-28T23:00:00.000Z**

8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom **aaaaaaaaaaa**

Prénom **aaaaaaaaaaa**

Adresse : **aaaaaaaaaaa**

Tél. **aaaaaaaaaaa**

9. Identité du Véhicule

Marque, Type **aaaaaaaaaaa**

N° d'immatriculation **aaaaaaaaaaa**

Sens suivi

Venant de **aaaaaaaaaaa**

Allant à **aaaaaaaaaaa**

A

12. circonstances

Nom: undefined, Adresse: undefined, Téléphone: undefined

Nom: undefined, Adresse: undefined, Téléphone: undefined

Nom: undefined, Adresse: undefined, Téléphone: undefined

chacune des cases utiles pour préciser le croquis

- | | | |
|--|---|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 | en stationnement | 1 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 | quittait un stationnement | 2 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 | prenait un stationnement | 3 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4 | soritait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre | 4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5 | s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre | 5 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6 | arrêt de circulation | 6 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 7 | frottement sans changement de file | 7 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 8 | heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file | 8 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9 | roulait dans le même sens et sur une file différente | 9 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 10 | changeait de file | 10 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 11 | doublait | 11 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 12 | virait à droite | 12 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 13 | virait à gauche | 13 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 14 | reculait | 14 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 15 | empiétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse | 15 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 16 | venait de droite (dans un carrefour) | 16 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 17 | n'avait pas observé le signal de priorité | 17 |

← indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

13. croquis de l'accident

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1</p

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)

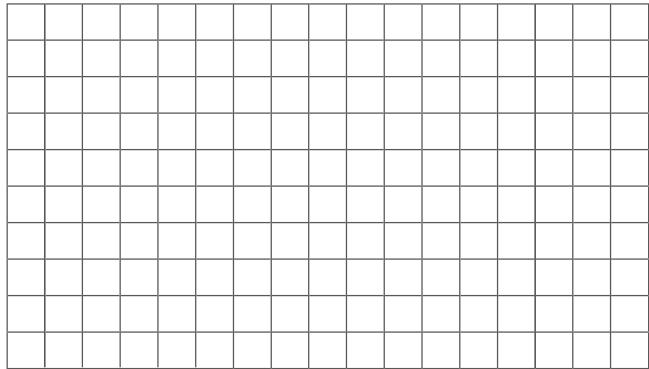
profession _____ n° tél. _____

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 aiguillages 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? OUI NON

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?

Si non à quel titre conduisait-il? _____

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

5. véhicule assuré: Lieu habituel de garage _____

Quel était le motif du déplacement? _____

EXPERTISE des DÉGATS : Garage où le véhicule sera visible

Quand? _____ Éventuellement téléphoner à :

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

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

7. blessé(s) NOM.....

Prénom et âge.....

Adresse.....

Profession.....

Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur.....

Est-il salarié de l'assuré?.....

OUI NON

OUI NON

Nature et gravité des blessures....

Situation au moment de l'accident (piéton, passager du véhicule A ou B etc.)
1ers soins ou hospitalisation à.....

A _____, le _____

Signature de l'assuré :



Carte Grise A



Carte Grise A



Permis de conduire A



Permis de conduire A



Face Avant Gauche Vehicule A



Face Avant Vehicule A



Face Avant Droit Vehicule A



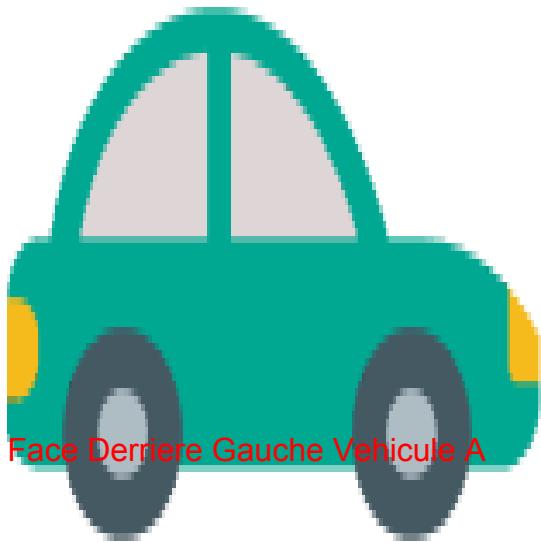
Face Droit Vehicule A



Face Devant Droit Vehicule A



Face Arriere Droit Vehicule A



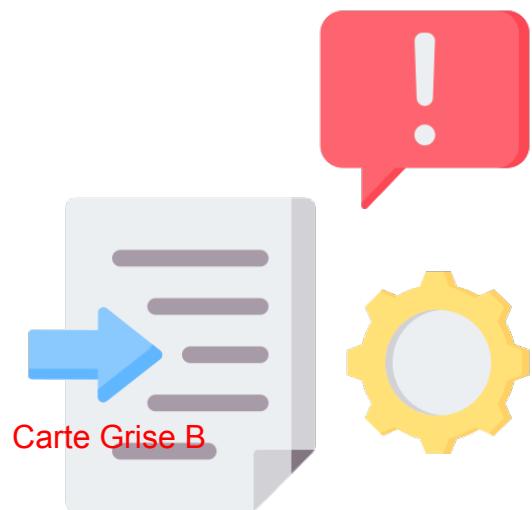
Face Arriere Gauche Vehicule A



Face Gauche Vehicule A

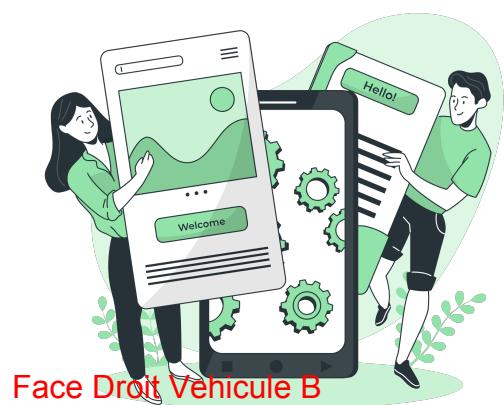
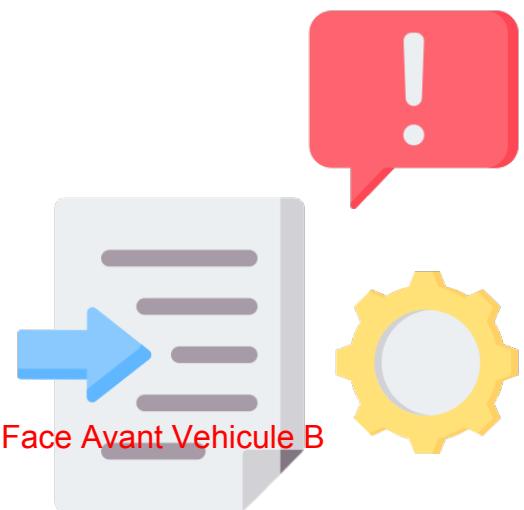


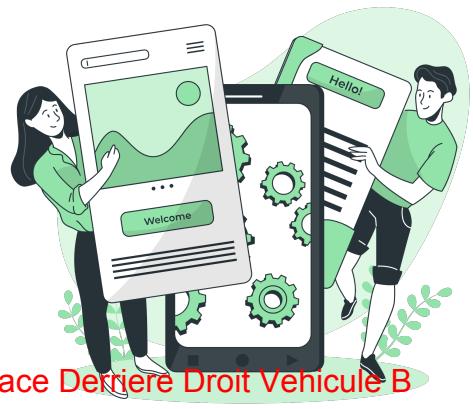
Carte Grise B



Permis de conduire B







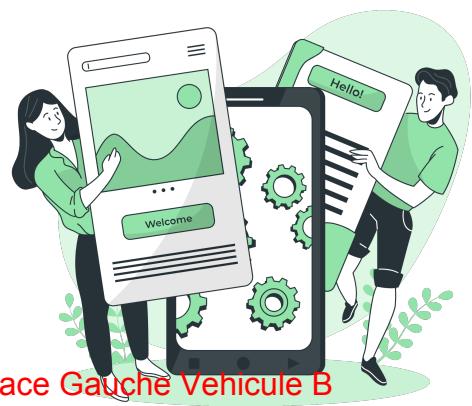
Face Derriere Droit Vehicule B



Face Derriere Vehicule B



Face Derriere Gauche Vehicule B



Face Gauche Vehicule B