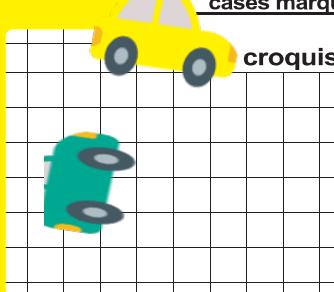
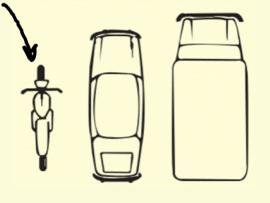


# constat amiable d'accident automobile

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

|  |          |   |  |
|--|----------|---|--|
| <b>1. date</b> de l'accident   | heure    | <b>2. lieu</b>  | <b>3. blessés</b> même légers  |
| 2024-08-27   | 08:07:19 | aaaaaaaaaaaa  | <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui |
| <b>4. dégâts matériels</b> autres qu'aux véhicules A et B            |          | <b>5. témoins</b> noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager de A ou B) |  |
| <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui |          | Nom: aaaaaaaaaaa, Adresse: aaaaaaaaaaa, Téléphone: aaaaaaaaaaa                            |  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>VEHICULE A</b>  |  | <b>VEHICULE B</b>   |  |
| <b>6. Société d'Assurances</b>   |  | <b>6. Société d'Assurances</b>  |  |
| Véhicule assuré par aaaaaaaaaaa  |  | Véhicule assuré par bbbbbbbb  |  |
| Police d'Assurance N° aaaaaaaaaaa  |  | Police d'Assurance N° bbbbbbbb  |  |
| Agence aaaaaaaaaaa   |  | Agence bbbbbbbb   |  |
| Attestation valable  |  | Attestation valable   |  |
| du 2024-08-29 au 2024-08-26  |  | du 2024-08-26 au 2024-08-29   |  |
| <b>7. Identité du Conducteur</b>   |  | <b>7. Identité du Conducteur</b>  |  |
| Nom aaaaaaaaaaa  |  | Nom bbbbbbbb  |  |
| Prénom aaaaaaaaaaa   |  | Prénom bbbbbbbb   |  |
| Adresse aaaaaaaaaaa  |  | Adresse bbbbbbbb  |  |
| Permis de conduire N° aaaaaaaaaaa  |  | Permis de conduire N° bbbbbbbb  |  |
| Délivré le 2024-08-28T23:00:00.000Z  |  | Délivré le 2024-08-26T23:00:00.000Z   |  |
| <b>8. Assuré (voir attest. d'assur.)</b>   |  | <b>8. Assuré (voir attest. d'assur.)</b>  |  |
| Nom aaaaaaaaaaa  |  | Nom bbbbbbbb  |  |
| Prénom aaaaaaaaaaa   |  | Prénom bbbbbbbb   |  |
| Adresse : aaaaaaaaaaa  |  | Adresse : bbbbbbbb  |  |
| Tél. aaaaaaaaaaa   |  | Tél. bbbbbbbb   |  |
| <b>9. Identité du Véhicule</b>   |  | <b>9. Identité du Véhicule</b>  |  |
| Marque, Type aaaaaaaaaaa   |  | Marque, Type bbbbbbbb   |  |
| N° d'immatriculation aaaaaaaaaaa   |  | N° d'immatriculation bbbbbbbb   |  |
| <b>Sens suivi</b>  |  | <b>Sens suivi</b>   |  |
| Venant de aaaaaaaaaaa  |  | Venant de bbbbbbbb  |  |
| Allant à aaaaaaaaaaa   |  | Allant à bbbbbbbb   |  |
| <b>10. Indiquer par une flèche</b>   |  | <b>10. Indiquer par une flèche</b>  |  |
|  <p>croquis de l'accident</p> |  |  |  |
| <b>11. dégâts apparents</b><br>aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa<br>aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa                                |  | <b>11. dégâts apparents</b><br>bbbbbbb bbbbbbb bbbbbbb<br>bbbbbbb                     |  |
| <b>14. observations</b><br>aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa                                       |  | <b>14. observations</b><br>bbbbbbb bbbbbbb bbbbbbb bbbbbbb                            |  |
| <b>A</b>   |  | <b>B</b>  |  |
| <b>15. signature des conducteurs</b>   |  |   |  |

(1) إعلان هام : طالبوا بنسخة مصورة من الشهادة العالمية للتأمين (البطاقة الخضراء أو البطاقة البرتقالية) إذا اتضح أن الخصم مؤمن بالخارج.

(1) NB : Exigez une photocopie de l'attestation internationale d'assurance (carte verte ou carte orange) si le tiers est assuré à l'étranger.

# 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

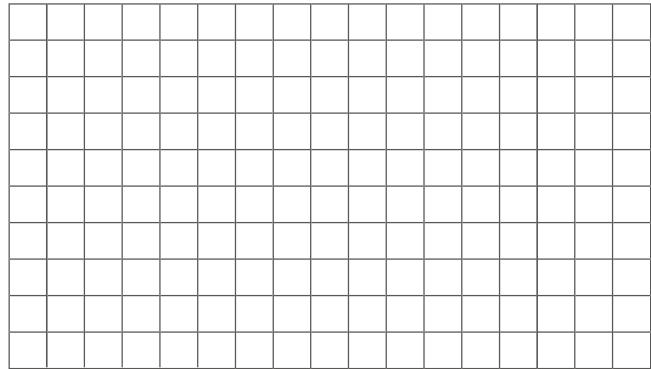
---

---

**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?.....   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI |
| Nature et gravité des blessures....  | .....                        | .....                        | .....                        |
| Situation au moment de l'accident (piéton, passager du véhicule A ou B etc.)<br>1ers soins ou hospitalisation à..... | .....                        | .....                        | .....                        |

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré :

Carte Grise Face A



Carte Grise !Face A



Permis de conduire A



Permis de conduire A



Face Avant Gauche A



Face Avant A



Face Avant Droit A



Face Droit A



Face Derriere Droit A



Face Derriere A



Face Derriere Gauche A



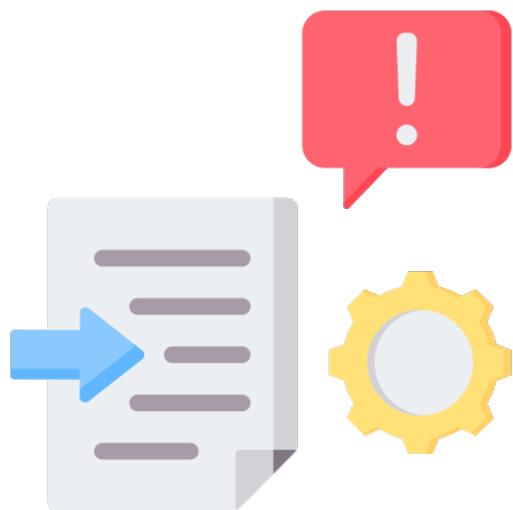
Face Gauche A



Carte Grise Face B



Carte Grise !Face B



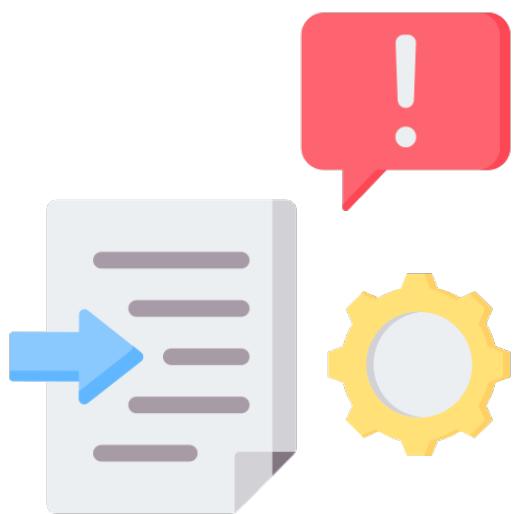
Permis de conduire B



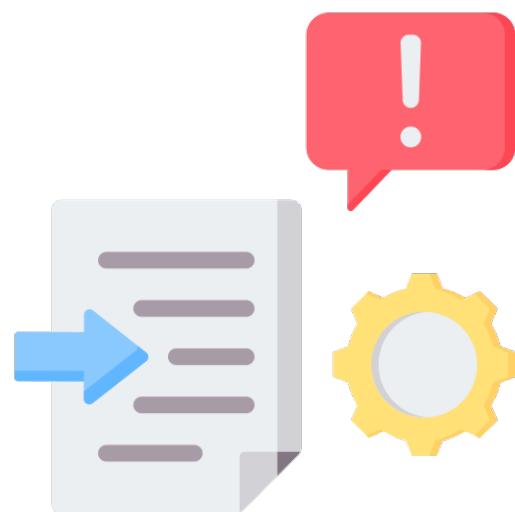
Permis de conduire B



Face Avant Gauche B



Face Avant B



Face Avant Droit B



Face Droit B



Face Derriere Droit B



Face Derriere B



Face Derriere Gauche B



Face Gauche B

