

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 2023-07-01	heure 14:30	2. lieu Port de Marseille	3. blessés même légers non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input 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) Nom: Doe, Adresse: 123 Rue du Port, Téléphone: 123456789 Nom: Smith, Adresse: 456 Quai de la République, Téléphone: 987654321	

VEHICULE A	12. circonstances	VEHICULE B
6. Société d'Assurances Véhicule assuré par Assurance Marine Police d'Assurance N° AM123456 Agence Marseille Attestation valable du au 7. Identité du Conducteur Nom John Prénom Doe Adresse 123 Rue du Port, Marseille Permis de conduire N° Capitaine Délivré le Gendarmerie Maritime 8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom Doe Prénom John Adresse : 123 Rue du Port, Marseille Tél. 0123456789 9. Identité du Véhicule Marque, Type Yamaha N° d'immatriculation B12345 Sens suivi Venant de Bateau à moteur Allant à 2020	Mettre une croix (x) dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis 1. Bateau A était au quai 2. Bateau B est entré en collision avec A 3. quittait un stationnement 4. prenait un stationnement 5. sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre 6. s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre 7. arrêt de circulation 8. frottement sans changement de file 9. heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file 10. roulait dans le même sens et sur une file différente 11. changeait de file 12. doublait 13. virait à droite 14. virait à gauche 15. reculait 16. empiétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse 17. venait de droite (dans un carrefour) 18. n'avait pas observé le signal de priorité 19. indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	6. Société d'Assurances Véhicule assuré par Police d'Assurance N° Agence Attestation valable du au 7. Identité du Conducteur Nom Prénom Adresse Permis de conduire N° Délivré le 8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom Prénom Adresse : Tél. 9. Identité du Véhicule Marque, Type N° d'immatriculation Sens suivi Venant de 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 Griffes sur la coque		11. dégâts apparents
14. observations Aucun autre dégât apparent		14. observations
A 15. signature des conducteurs		B 15. signature des conducteurs

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).

(le Souscripteur)

profession

__n° tél.

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)

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Si oui : Brigade ou Poste de Police :

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

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Date de naissance_____ Est-il salarié de l'Assuré?

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Sinon à quel titre conduisait-il?

Quel était le motif du déplacement? _____

EXPERTISE des DÉGATS : Garage où le véhicule sera visible.

Quand? _____ Éventuellement téléphoner à :

**Si le
véhicule**

— a été volé, indiquer son numéro dans la serie du type (voir carte grise) _____

— **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 remarqué) 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 **A** et **B** (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) :

Prénom et âge....

Adresse.....

Profession.....

Degré de parenté
le conducteur

Est-il salarié de

Nature et gravité

Situation au mor

(piéton, passager du

1^{er} soins ou hosp

A _____, le _____

Signature de l'assuré :