

# 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
2024-08-29	19:48:56	aaa	<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		

## VEHICULE A

### 6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par aaaa

Police d'Assurance N° 131321

Agence aaaa

Attestation valable

du 2024-08-31 au 2024-08-30

### 7. Identité du Conducteur

Nom aaaaa

Prénom aaaaa

Adresse aaaa

Permis de conduire N° aaaaa

Délivrée le 2024-08-30

### 8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom aaaa

Prénom aaaaa

Adresse : aaaa

Tél. 32132132

### 9. Identité du Véhicule

Marque, Type aaaaa

N° d'immatriculation aaaaa

### Sens suivi

Venant de aaaa

Allant à aaaaaaaaa

A

### 12. circonstances

Mettre une croix (x) dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis

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

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

### 13 croquis de l'accident



### 11. dégâts apparents

aaaa aaaa

### 14. observations

aaaaaa aaaa

B

## VEHICULE B

### 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°

Délivrée le

### 8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom

Prénom

Adresse :

Tél.

### 9. Identité du Véhicule

Marque, Type

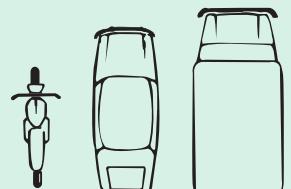
N° d'immatriculation

### Sens suivi

Venant de

Allant à

### 10. Indiquer par une flèche le point de choc initial



### 11. dégâts apparents

### 14. observations

aaaaaa aaaa

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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

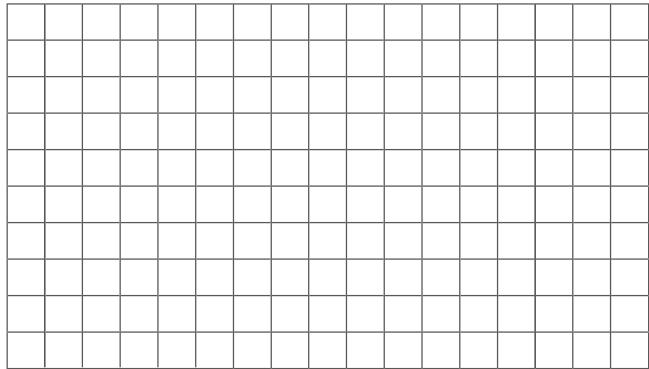
---

---

**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 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

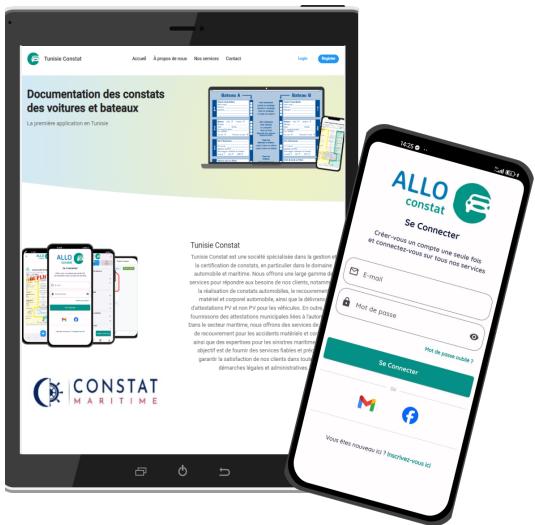
Nature et gravité des blessures....

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

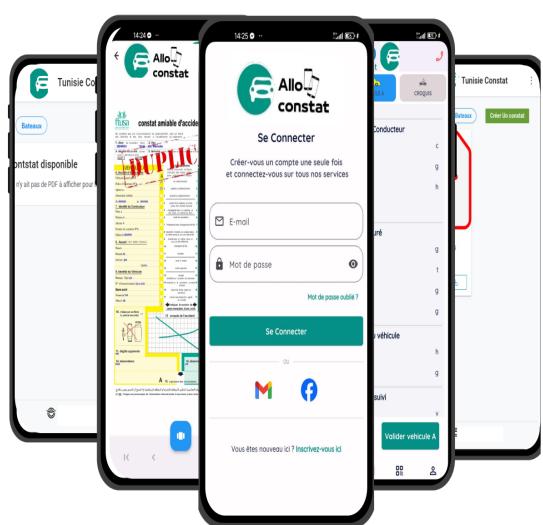
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré :

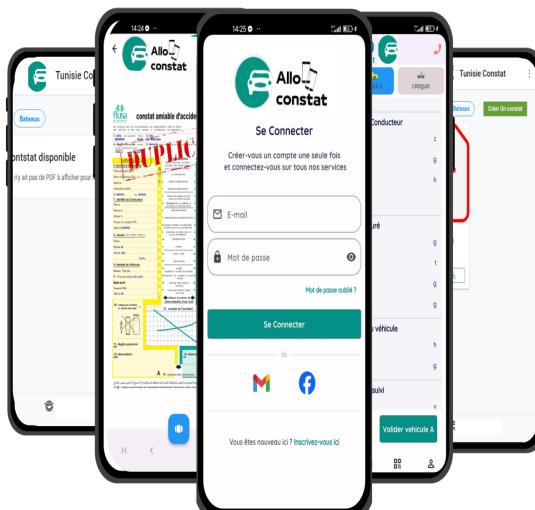
## Carte Grise Recto A



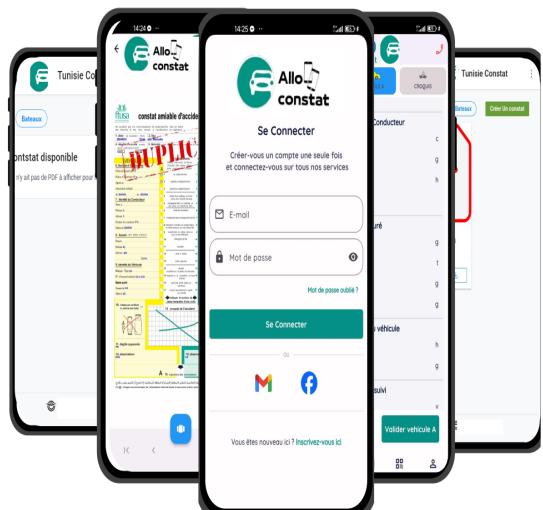
## Carte Grise Verso A



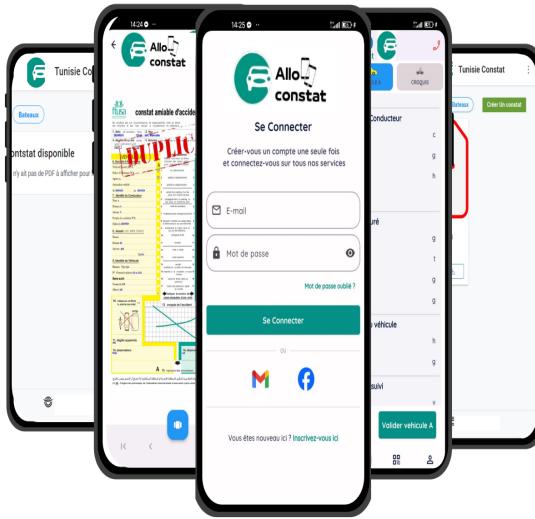
## Permis de conduire Recto A



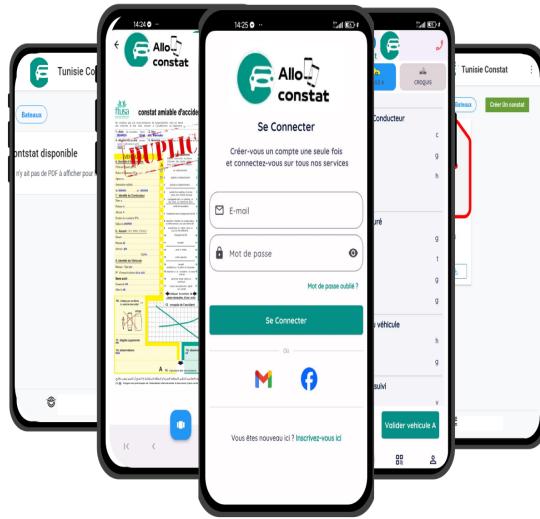
## Permis de conduire Verso A



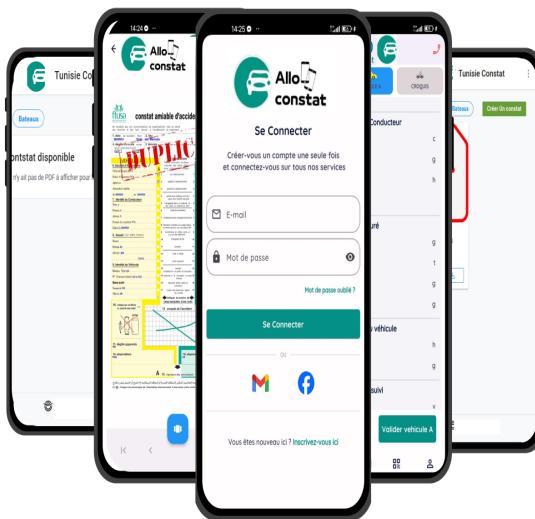
## Attestation d'Assurance A



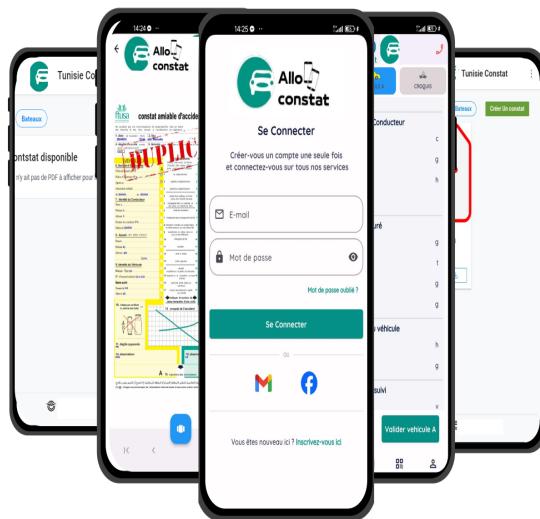
## Face Avant Gauche A



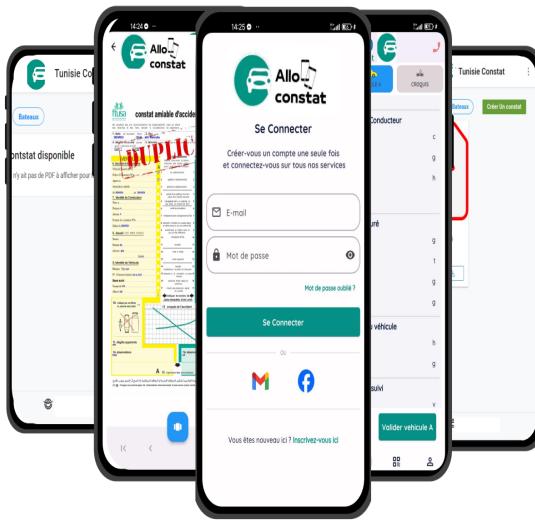
## Face Avant A



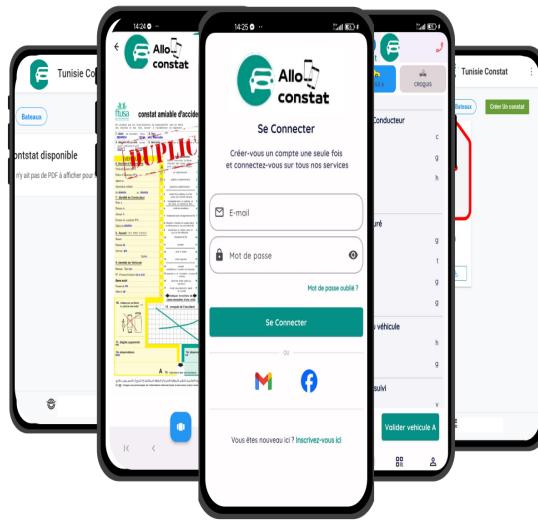
## Face Avant Droit A



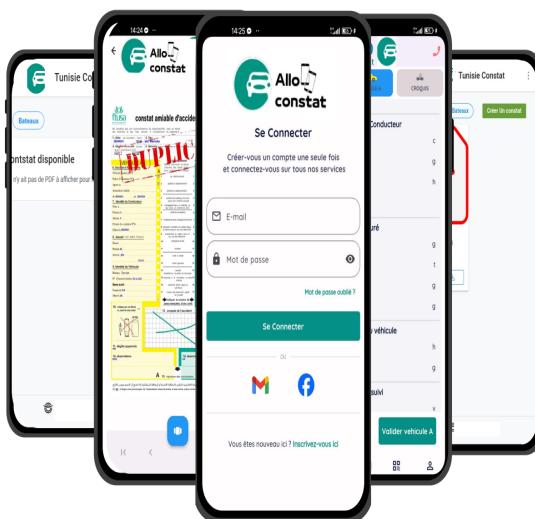
## Face Droit A



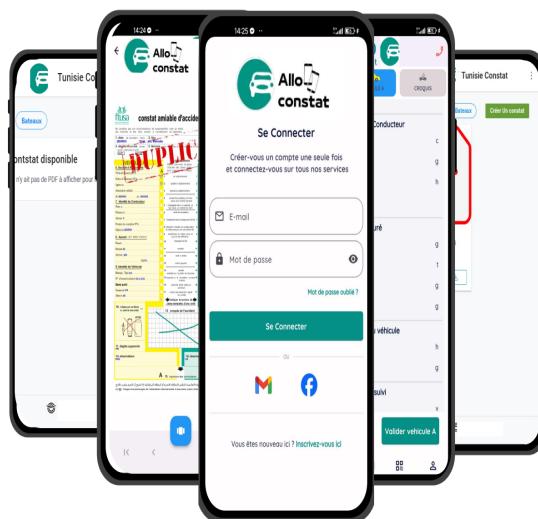
## Face Derriere Droit A



## Face Derriere A



## Face Derriere Gauche A



# Face Gauche A

