

## 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 réglement.

à signer obligatoirement par les DEUX conducteurs

1. date de l'accident heure	2. lieu	3. blessés	même légers
		non	oui
4. dégâts matériels autres	5. témoins noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager	de A ou B)	
qu'aux véhicules A et B			
non oui			

VEHICULE A	12. circonstances  VEHICULE B										
6. Société d'Assurances		chacune des cases utiles  6. Société d'Assurances									
Véhicule assuré par		pour préciser le croquis  Véhicule assuré par									
Police d'Assurance N°		1 en stationnement 1 Police d'Assurance N°									
Agence		2 quittait un stationnement 2 Agence									
Attestation valable		3 prenait un stationnement 3 Attestation valable									
du au		4 sortait d'un parking, d'un lieu 4 du au au									
7. Identité du Conducteur		privé, d'un chemin de terre  7. Identité du Conducteur									
Nom		5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre									
Prénom		6 arrêt de circulation 6 Prénom									
Adresse		7 frottement sans changement de file 7 Adresse									
Permis de conduire N°		8 heurtait à l'arrière, en roulant dans 8									
Délivré le		le même sens et sur une même file Délivré le									
8. Assuré (voir attest. d'assur.)		9 roulait dans le même sens et 9 sur une file différente 8. Assuré (voir attest. d'assur.)									
Nom		10 changeait de file 10 Nom									
Prénom		11 doublait 11 Prénom									
Adresse:		12 virait à droite 12 Adresse :									
Tél.		13 virait à gauche 13 Tél.									
9. Identité du Véhicule		9. Identité du Véhicule									
Marque, Type		14 reculait 14 mempiétait sur la partie de chaussée Marque, Type									
N° d'immatriculation		15 réservée à la circulation en sens 15 N° d'immatriculation inverse									
Sens suivi		16 venait de droite (dans un 16 Sens suivi									
Venant de		17 n'avait pas observé le signal 17 Venant de									
Allant à		de priorité  Allant à									
		cases marquées d'une croix									
10. Indiquer par une flèche le point de choc initial		13 croquis de l'accident									
11. dégâts apparents		11. dégâts apparents									
14. observations 14. observations											
	Α	15. signature des conducteurs									
15. signature des conducteurs D											

## 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			pro	fess	ior	1							1	n° t	él			
2.	circonstances de l'accident	•	(	CRO	QUI	S		ıleme recto		'il n'	а ра	s de	éjà «	été f	ait	sur l	е с	ons	tat
			D	ésig	ner	les	vél	nicule	s p	ar 🖊	A et	В	cor	ıforr	ném	ent	au	rec	to
								es voic											
																$\Box$	$\Box$		
_																	$\dashv$		
																	$\Box$		
																	$\dashv$		$\dashv$
																	$\dashv$		$\dashv$
3.	A-t-il été établi un procès-verbale d		e?	OU	1		NOI	v 📗	uı	n rap	por	t de	po	ice?	? 0	UI	٦	N	ON
_	Si oui: Brigade ou Poste de Police														_		_		_
<b>4. conducteur</b> du véhicule assuré : Est-il le conducteur															-	UI	$\Box$	$\vdash$	ON
	Date de naissanceSinon à quel titre conduisait-il?										ure?				0	UI		LN	ON_
_																			
5.	véhicule assuré: Lieu habituel																		_
	Quel était le motif du déplacement <b>EXPERTISE des DÉGATS : Gara</b>																		_
	Quand?	.90 04 10 101110410		. Év	entu	ell	eme	ent té	lépl	hone	er à								_
	_ <b>a été volé,</b> indiquer son numé																		
	<pre>si le</pre>																		_
	véhicule _ était attelé à un autre véhicu																		— е
	_ véhicule :		poid	s tota	al en	cha	arge	:											
6	\_ nom de la Société qui l'assur dégâts matériels autres qu'au																		_
<b>U.</b>	ueguis illulelleis uulles qu'at	ix venicules A et E	) (n	atur	e et	ım	por	tance	∌; n	iom	et a	are	sse	au	pro	prie	tali	re)	
_			_			_	_		_	_	_	_	_	_	_		_	_	_
/.	blessé(s) NOM																		
	Prénom et âge																		_
	Auresse																		
	Profession																		_
	Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur		_									_		_	_				_
	Est-il salarié de l'assuré? Nature et gravité des blessures	OUI	N	ON	┙					L	OUI	Ш		NO	N	_			
																			_
	Situation au moment de l'accident (piéton, passager du véhicule A ou B etc.)																		_
	1 <sup>ers</sup> soins ou hospitalisation à																		_
								<u> </u>	A					 , le				_	_
											Sig	nati	ure	de l	'ass	suré	:		