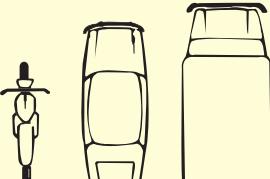
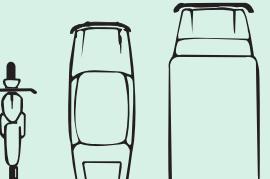


constat amiable d'accident automobile

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) Nom: aaaaaaaaaaa , Adresse: aaaaaaaaaaa , Téléphone: aaaaaaaaaaa	

VEHICULE A		VEHICULE B	
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		6. Société d'Assurances Véhicule assuré par bbbbbbbbbb Police d'Assurance N° bbbbbbbbbb Agence bbbbbbbbbb Attestation valable ... du 2024-08-26 au 2024-08-29	
7. Identité du Conducteur Nom aaaaaaaaaaa Prénom aaaaaaaaaaa Adresse aaaaaaaaaaa Permis de conduire N° aaaaaaaaaaa Délivré le 2024-08-28T23:00:00.000Z		7. Identité du Conducteur Nom bbbbbbbbbb Prénom bbbbbbbbbb Adresse bbbbbbbbbb Permis de conduire N° bbbbbbbbbb Délivré le 2024-08-26T23:00:00.000Z	
8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom aaaaaaaaaaa Prénom aaaaaaaaaaa Adresse : aaaaaaaaaaa Tél. aaaaaaaaaaa		8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom bbbbbbbbbb Prénom bbbbbbbbbb Adresse : bbbbbbbbbb Tél. bbbbbbbbbb	
9. Identité du Véhicule Marque, Type aaaaaaaaaaa N° d'immatriculation aaaaaaaaaaa		9. Identité du Véhicule Marque, Type bbbbbbbbbb N° d'immatriculation bbbbbbbbbb	
Sens suivi Venant de aaaaaaaaaaa Allant à aaaaaaaaaaa		Sens suivi Venant de bbbbbbbbbb Allant à bbbbbbbbbb	
10. Indiquer par une flèche le point de choc initial 		10. Indiquer par une flèche le point de choc initial 	
11. dégâts apparents aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa		11. dégâts apparents bbbbbbbbbb bbbbbbbb bbbbbbbb bbbbbbbbbb	
14. observations aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa aaaaaaaaaaa		14. observations bbbbbbbbbb bbbbbbbb bbbbbbbb bbbbbbbb	
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)

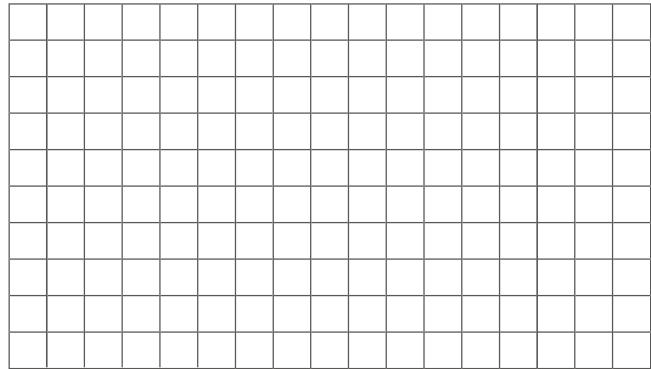
profession _____ n° tél. _____

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? OUI NON

Si non : Sinon à quel titre conduisait-il? _____

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 _____

- a été volé, indiquer son numéro dans la série 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 remorqué) 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 : _____

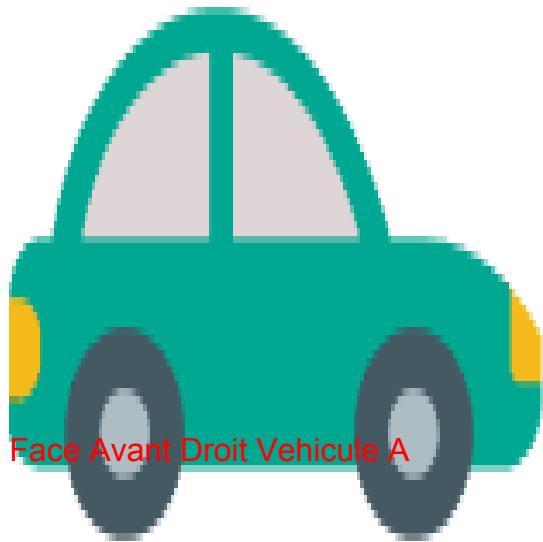
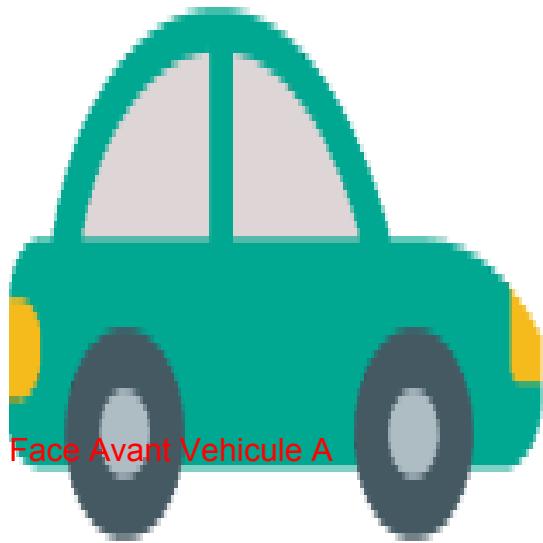
6. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) :

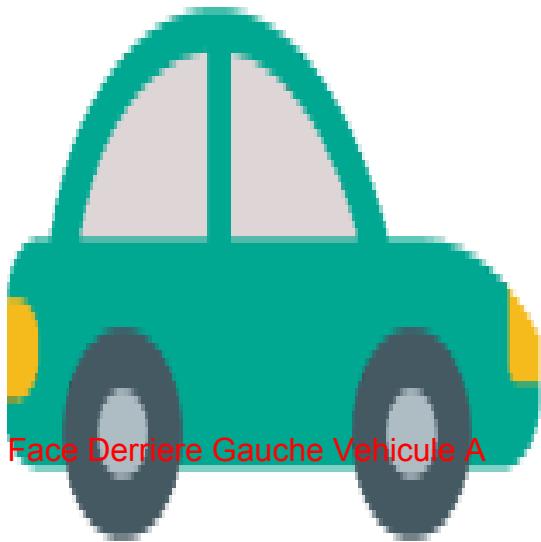
7. blessé(s) NOM.....	
Prénom et âge.....	
Adresse.....	
Profession.....	
Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur.....	
Est-il salarié de l'assuré?.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nature et gravité des blessures....
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 :

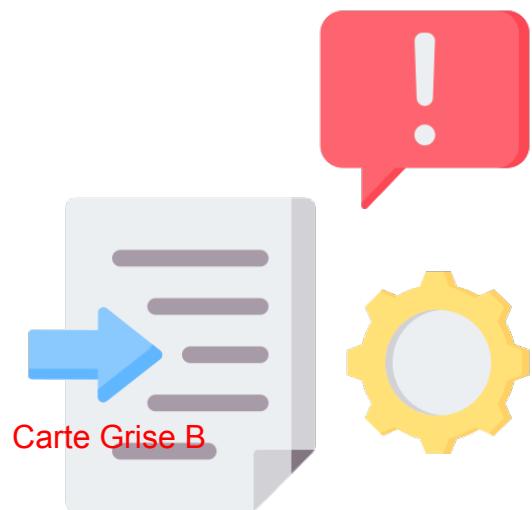








Carte Grise B



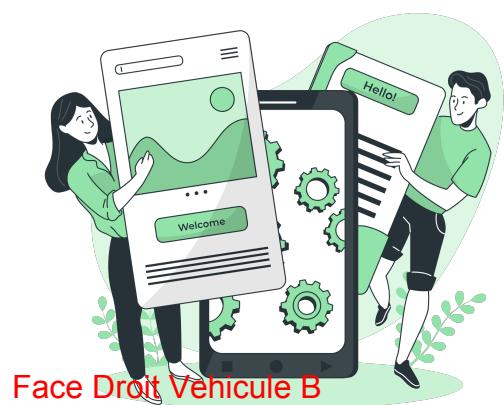
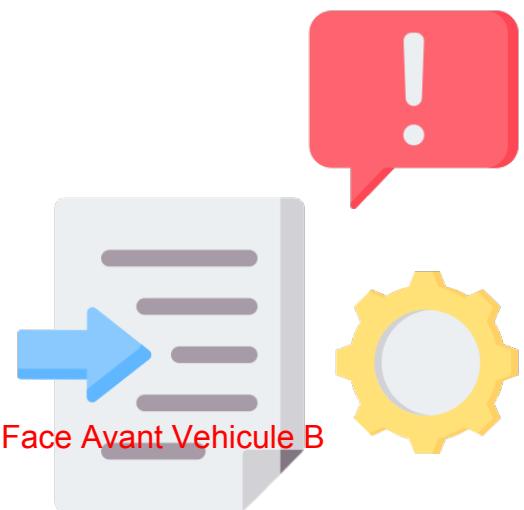
Carte Grise B

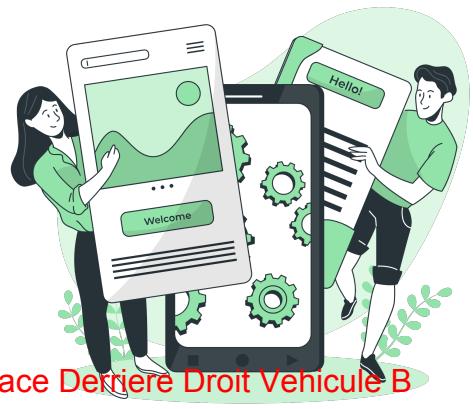


Permis de conduire B



Permis de conduire B





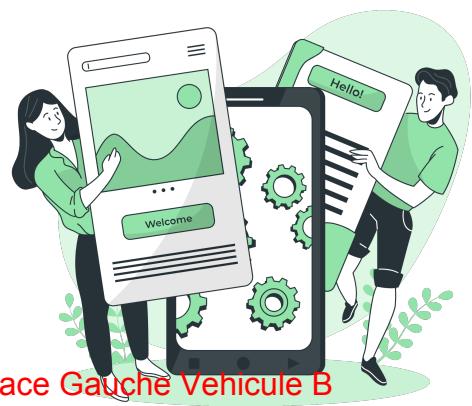
Face Derriere Droit Vehicule B



Face Derriere Vehicule B



Face Derriere Gauche Vehicule B



Face Gauche Vehicule B