

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 2024-08-21	heure 11:24:59	2. lieu aaaaaaa	3. blessés même légers non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" 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)	

VEHICULE A

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par aaaaaaaa

Police d'Assurance N° aaaaaaaa

Agence aaaaaaaa

Attestation valable

du 2024-08-29 au 2024-08-20

7. Identité du Conducteur

Nom aaaaaaaa

Prénom aaaaaaaa

Adresse aaaaaaaa

Permis de conduire N° aaaaaaaa

Délivré le 2024-08-27T23:00:00.000Z

8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom aaaaaaaa

Prénom aaaaaaaa

Adresse : aaaaaaaa

Tél. aaaaaaaa

9. Identité du Véhicule

Marque, Type aaaaaaaa

N° d'immatriculation aaaaaaaa

Sens suivi

Venant de aaaaaaaa

Allant à aaaaaaaa

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	empiétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse
16	venait de droite (dans un carrefour)
17	n'avait pas observé le signal de priorité

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°

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

11. dégâts apparents

aaaaaaa aaaaaaaa

13 croquis de l'accident

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

14. observations

aaaaaaa aaaaaaaa

A 15. signature des conducteurs

14. observations

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 :

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 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 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.....

Adresse.....

Profession.....

Degré de parenté avec l'assuré ou

le conducteur.....
Est-il salarié de l'assuré?.....

Nature et gravité des blessures....

Situation au moment de l'accident

(piéton, passager du véhicule A ou B etc.)

1^{ers} soins ou hospitalisation à.....

A _____, le _____

Signature de l'assuré :





