

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	heure	2. lieu	3. blessés même légers
2024-08-27	08:07:19	aaaaaaaaaaa	<input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui
4. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B		5. témoins 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		Nom: aaaaaaaaaaa, Adresse: aaaaaaaaaa, Téléphone: aaaaaaaaaa	

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

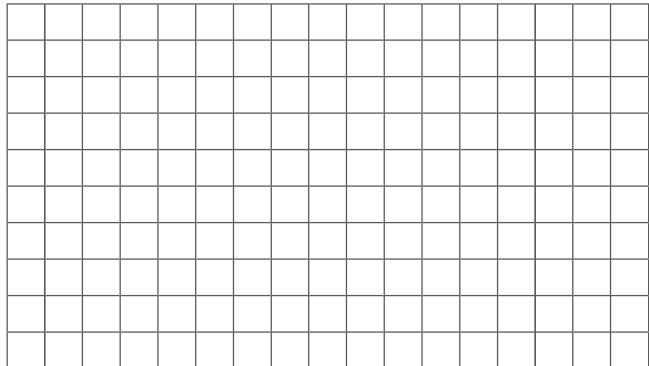
profession _____ n° tél. _____

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 Face A



Carte Grise !Face A



Permis de conduire A



Permis de conduire 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



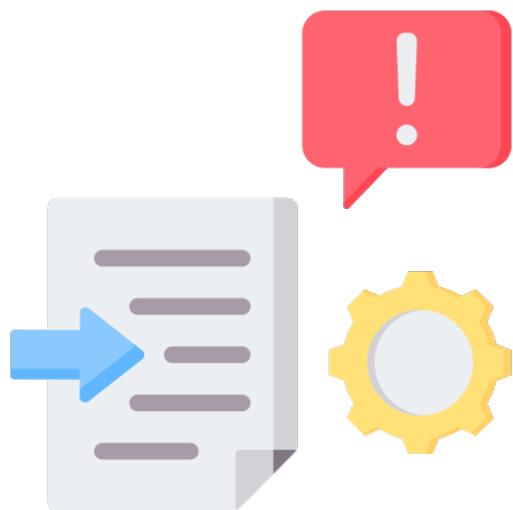
Face Gauche A



Carte Grise Face B



Carte Grise !Face B



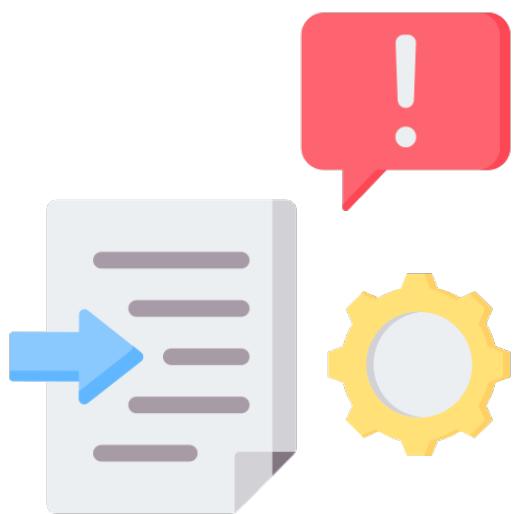
Permis de conduire B



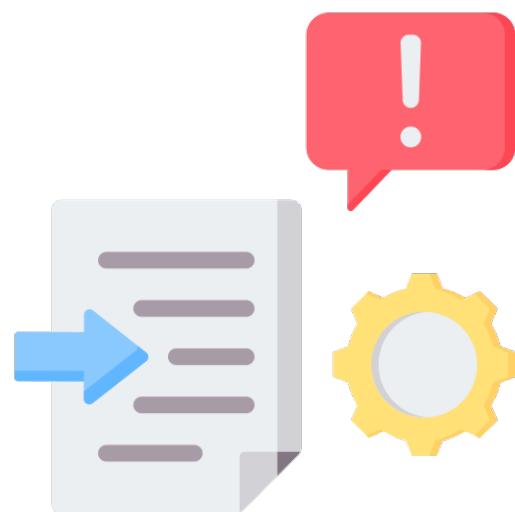
Permis de conduire B



Face Avant Gauche B



Face Avant B



Face Avant Droit B



Face Droit B



Face Derriere Droit B



Face Derriere B



Face Derriere Gauche B



Face Gauche B

