

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

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

4

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

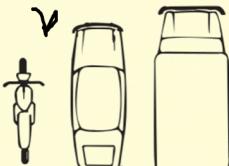
N° d'immatriculation

Sens suivi

Venant de

Allant à

10. Indiquer par une flèche



13 croquis de l'accident

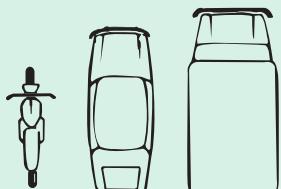


11. dégâts apparents

14. observations

aaaaaaaa aaaaa

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial



11. dégâts apparents

14. observations

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)

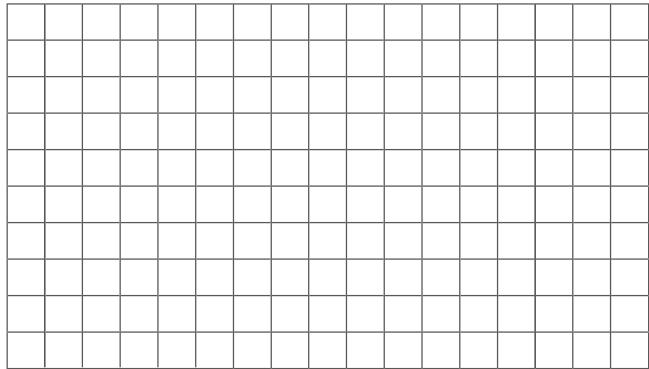
profession _____ n° tél. _____

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

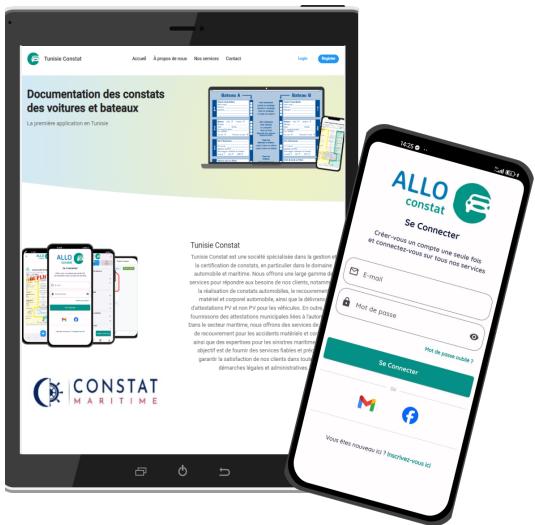
Nature et gravité des blessures....

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

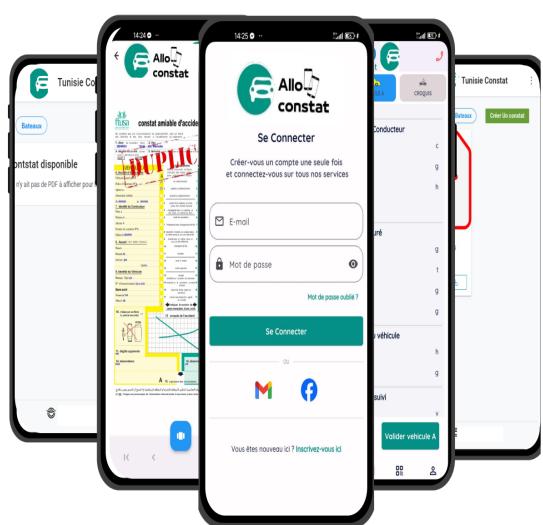
A _____, le _____

Signature de l'assuré :

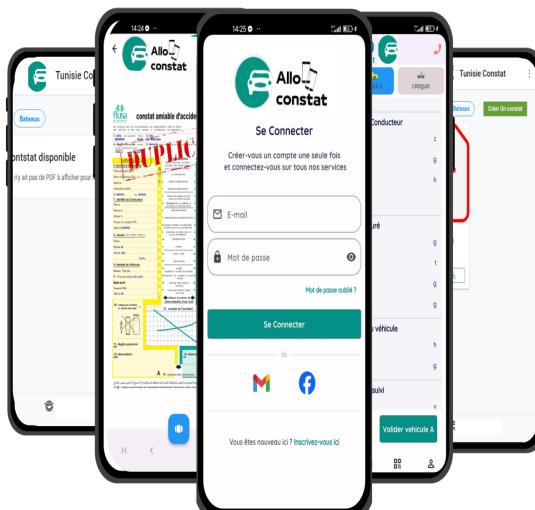
Carte Grise Recto A



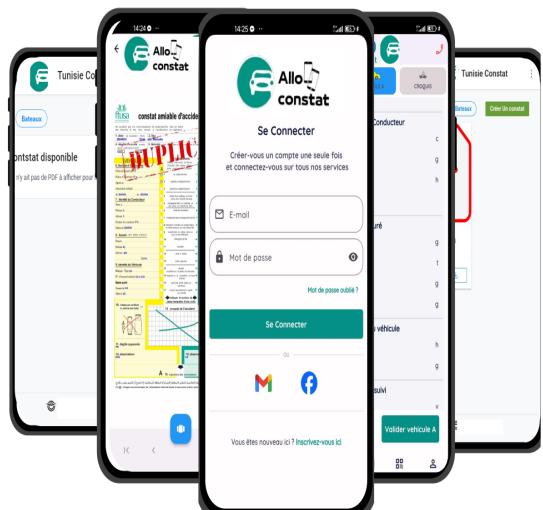
Carte Grise Verso A



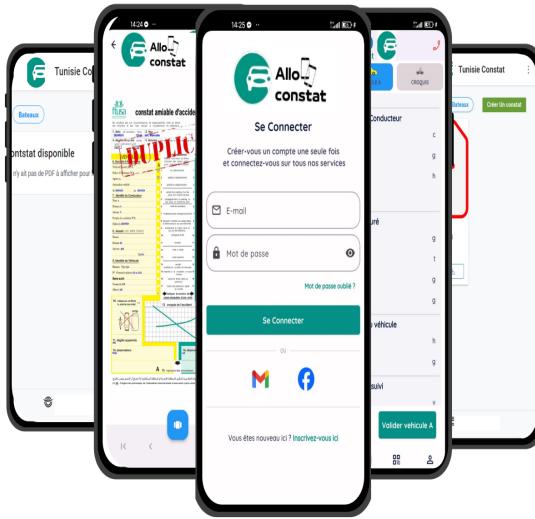
Permis de conduire Recto A



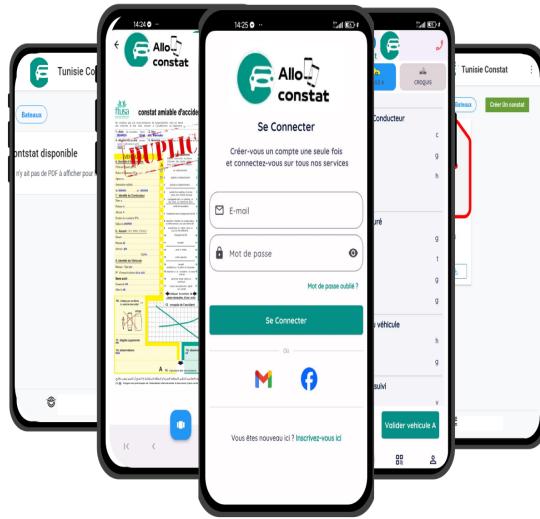
Permis de conduire Verso A



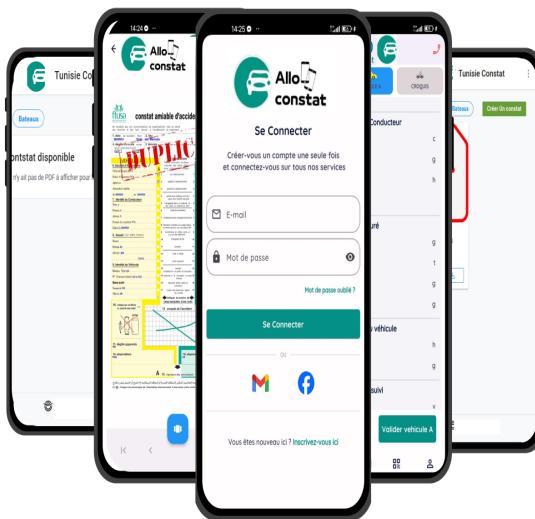
Attestation d'Assurance A



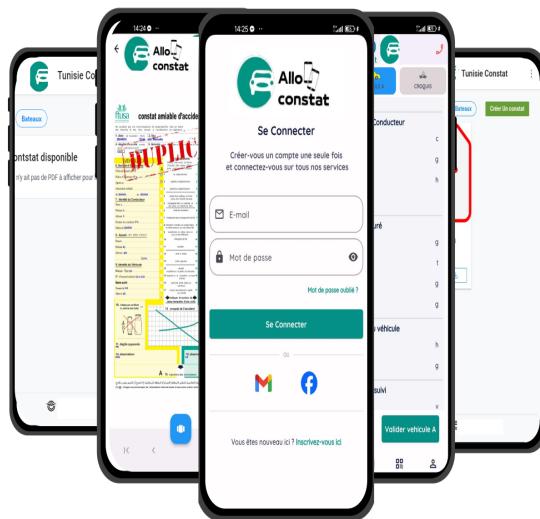
Face Avant Gauche A



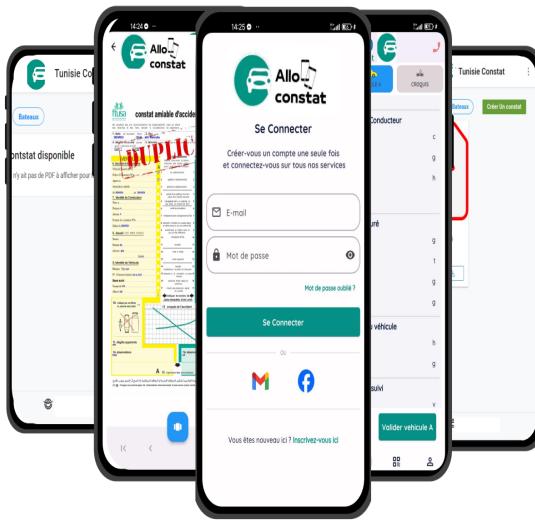
Face Avant A



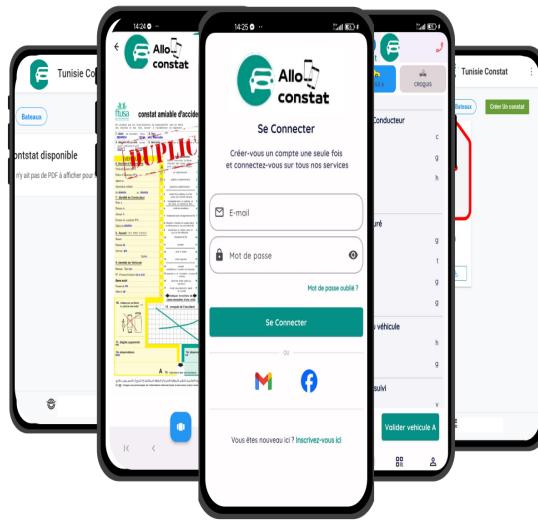
Face Avant Droit A



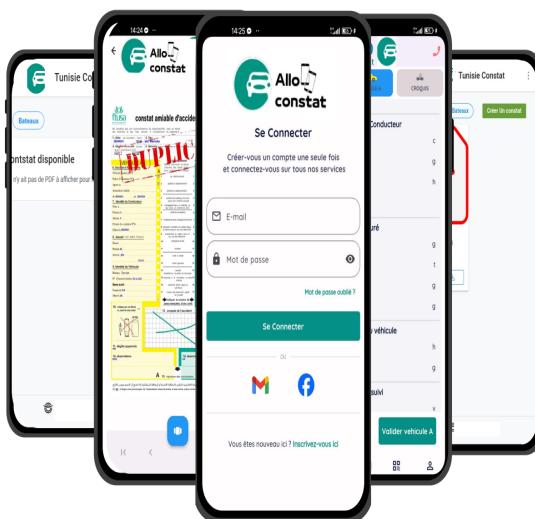
Face Droit A



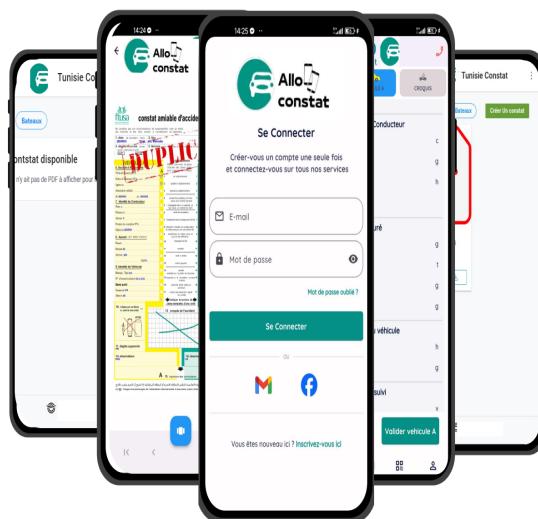
Face Derriere Droit A



Face Derriere A



Face Derriere Gauche A



Face Gauche A

