Constat amiable d'accident automobile

Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité , mains 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 — non ☐ oui ☐
4. dégâts matériels qu'aux véhicules A et B — non ☐ oui ☐ autres	**5. témoins** noms, adresses et tél. (à souligner s'il s'agit d'un passager de A ou B)	

VEHICULE A

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 _____

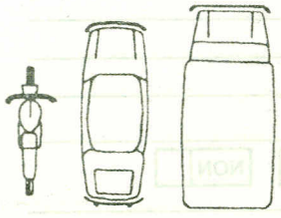
N° d'immatriculation _____

Sens suivi _____

Venant de _____

Allant à _____

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial →



11. dégâts apparents

14. Observations

12. circonstances

Mettre une c.oix (x) dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis

A		B
☐ 1	en stationnement	1 ☐
☐ 2	quittait un stationnement	2 ☐
☐ 3	prenait un stationnement	3 ☐
☐ 4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, un chemin de terre	4 ☐
☐ 5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	5 ☐
☐ 6	arrêt de circulation	6 ☐
☐ 7	frottement sans changement de file	7 ☐
☐ 8	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur même file	8 ☐
☐ 9	roulait dans le même sens sur une file différente	9 ☐
☐ 10	changeait de file	10 ☐
☐ 11	doublait	11 ☐
☐ 12	virait à droite	12 ☐
☐ 13	virait à gauche	13 ☐
☐ 14	reculait	14 ☐
☐ 15	emplétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse	15 ☐
☐ 16	venait de droite (dans un carrefour	16 ☐
☐ 17	n'avait pas observé le signal de priorité	17 ☐

← indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

13. croquis de l'accident

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 _____

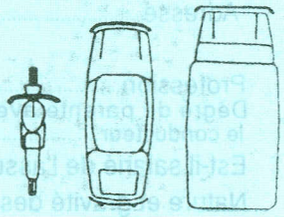
N° d'immatriculation _____

Sens suivi _____

Venant de _____

Allant à _____

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial →



11. dégâts apparents

14. Observations

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 signaux 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 ? ..... OUI ☐ NON ☐
Date de naissance ..... Est-il salarié de l'Assuré ? OUI ☐ NON ☐
Sinon à quel titre conduisait-il ? .....

5. **véhicule assuré :** Lieu habituel de garage .....
Quel était le motif du déplacement .....
EXPERTISE des DEGATS : Garage où le véhicule sera visible .....
Quand ? ..... Eventuellement téléphoner à : .....

Si le véhicule
- a été volé, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise) .....
- est gagé : non 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 ?	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
Nature et gravité des blessures		
Situation au moment de l'accident (piéton, passager du véhicule A ou B etc.)		
1ère soins ou hospitalisation à		

A ....., le .....

Signature de l'assuré :