

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuille 1/2



1. Date de l'accident _____	Heure _____	2. Localisation : Lieu : _____	3. Blessé(s) même léger(s) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
		Pays : _____	

4. Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B objets autres que des véhicules non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	5. Témoins : noms, adresses, tél.
--	---

VÉHICULE A

6. Nom de l'exploitant Auto-École
NOM :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Pays :
Tél. ou e-mail : _____

7. Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
NOM : **MASTER (GTA549)**
N° de contrat :
N° de carte verte :
Attestation d'assurance
ou carte verte valable du : au :
Tél. : **02 54 73 85 30 ou 02 54 73 85 32**
Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9. Conducteur
Élève en leçon : non oui
NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Pays :
Tél. ou e-mail : _____
Permis de conduire n° :
Catégorie (A, B, ...) :
Permis valable jusqu'au :

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



11. Dégâts apparents au véhicule A :
.....
.....

14. Mes observations :
.....
.....

12. CIRCONSTANCES

↓ Mettre une croix dans chacune des cases ↓
A utiles pour préciser le croquis B
** Rayer la mention inutile*

<input type="checkbox"/> 1 * en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 prenait un stationnement	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6 s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 roulait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10 changeait de file	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11 doublait	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12 virait à droite	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13 virait à gauche	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14 reculait	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16 venait de droite (dans un carrefour)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ← indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →	<input type="checkbox"/>

A signer obligatoirement par les DEUX conducteurs
Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement

13. Croquis de l'accident au moment du choc .13
Préciser : 1. le tracé des voies - 2. la direction (par des flèches) des véhicules A, B - 3. leur position au moment du choc - 4. les signaux routiers - 5. le nom des rues (ou routes).

VÉHICULE B

6. Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
NOM :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Pays :
Tél. ou e-mail : _____

7. Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
NOM :
N° de contrat :
N° de carte verte :
Attestation d'assurance
ou carte verte valable du : au :
Agence (ou bureau, ou courtier) :
NOM :
Adresse :
Pays :
Tél. ou e-mail : _____
Les dégâts matériels au véhicules sont-ils assurés par le contrat ? non oui

9. Conducteur (voir permis de conduire)
NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Pays :
Tél. ou e-mail : _____
Permis de conduire n° :
Catégorie (A, B, ...) :
Permis valable jusqu'au :

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



11. Dégâts apparents au véhicule B :
.....
.....

14. Mes observations :
.....
.....

15. Signature des conducteurs .15

A

B

