

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

1 Date de l'accident 26/06/2024	Heure	2 Localisation : Pays : FRANCE	Lieu : Rue Marcel Cachin	3 Blessé(s) même(s) blessé(e)
non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

4 Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B : non oui
objets autres que des véhicules : non oui

5 Témoins : noms, adresses et tél. _____

VEHICULE A

6 Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
NOM : BEDDA
Prénom : Kheira
Adresse : 6 rue Marcel Cachin
Code postal : 69700 Pays : FRANCE
Tél. ou e-mail : 06 60 84 57 98

12. CIRCONSTANCES

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

A	<input checked="" type="checkbox"/> 1 * en stationnement / à l'arrêt	B	<input checked="" 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"/>

VEHICULE B

6 Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)
NOM : MAIRIE DE GIVORS
Prénom : _____
Adresse : 1 place Camille Vallin
Code postal : 69700 Pays : FRANCE
Tél. ou e-mail : _____

7 Véhicule

A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type <u>Citroën C3</u>	
N° d'immatriculation <u>CW424NW</u>	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation <u>FRANCE</u>	Pays d'immatriculation

7 Véhicule

A 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 : MACIF
N° de contrat : 14146116A001
N° de carte verte : _____
Attestation d'assurance ou carte verte valable du : 28/03/2024 au : 28/03/2025
Agence (ou bureau, ou courtier) : _____
NOM : _____
Adresse : _____
Pays : _____
Tél. ou e-mail : 09 69 39 49 49
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non oui

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)
NOM : SMACL ASSURANCES
N° de contrat : 17039W
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 véhicule 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 : _____

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 A par une flèche →

Fenêtre arrière droite cassée par projection de cailloux lors du passage du rotofil par un agent municipal.

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

11 Dégâts apparents au véhicule A :
Fenêtre arrière droite cassée

11 Dégâts apparents au véhicule B :

14 Mes observations :

15 Signature des conducteurs

The Bedda Mme Caletto

A **B**

14 Mes observations :

Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant vous est ouvert auprès des entreprises d'assurances désignées du présent constat.