

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

feuille 2/2

1 Date de l'accident _____ **Heure** _____

2 Localisation : Lieu : _____
Pays : _____

3 Blessé(s) même léger(s)
non oui

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

5 Témoins : noms, adresses et tél.

VEHICULE A

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

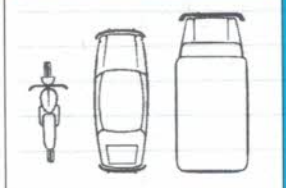
7 Véhicule

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 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 : _____

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 utiles pour préciser le croquis
** Rayer la mention inutile*

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

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

A signaler 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
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).

VEHICULE B

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

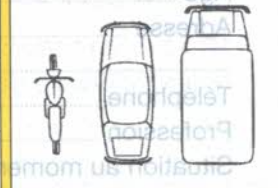
7 Véhicule

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 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 : _____

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

declaration

à remplir et à transmettre dans les cinq jours à votre assureur
 Cette déclaration complémentaire vous permet de mieux expliquer les circonstances de l'accident : toutefois les éléments qui sont contraires à ceux mentionnés au recto signé de votre adversaire ne peuvent lui être opposés.
 Selon l'article L. 211-5-1 du code des assurances, l'assuré dispose de la faculté de choisir le réparateur professionnel auquel il souhaite recourir en cas de dommage garanti par le contrat.

1. nom de l'assuré : _____ profession _____ n° tél. _____

2. conducteur du véhicule : profession _____ Est-il : célibataire marié autre

Est-il le conducteur habituel du véhicule ? OUI NON Réside-t-il habituellement chez l'assuré OUI NON

Est-il salarié de l'assuré ? OUI NON Sinon à quel titre conduisait-il ? _____

Motif du déplacement _____

3. circonstances de l'accident :

(à préciser dans tous les cas même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi).

Désigner les véhicules A et B conformément au recto. 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).

CROQUIS

4. A-t-il été établi un procès-verbal de gendarmerie OUI NON **un rapport de police** OUI NON

une **main-courante** OUI NON Si oui : Brigade ou Commissariat de _____

5. véhicule assuré :

lieu habituel de garage _____

EXPERTISE des DÉGÂTS : Réparateur chez qui le véhicule sera visible _____

tél. : _____ fax : _____ e-mail : _____

Quand ? _____ Eventuellement téléphoner à : _____

- a été **voilé**, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise)

- est **gagé** ou fait l'objet d'un **contrat de location** (ou crédit-bail) : nom et adresse de l'organisme concerné _____

Si le véhicule - est un **poids lourd** : poids total en charge _____

- était **attelé** à un autre véhicule (tractant ou remorqué) au moment de l'accident, indiquer le poids total en charge : _____

Nom de la Société qui l'assure : _____ n° de contrat dans la Société : _____

6 dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) :

7. blessé(s) NOM

Prénom _____

Age _____

Adresse _____

Téléphone _____

Profession _____

Situation au moment de l'accident _____

(conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)

Portait-il casque ou ceinture ? OUI NON OUI NON

1^{ers} soins ou hospitalisation à _____

Nature et gravité des blessures _____



PN Cristal 09 89 806 806 11

OUI NON OUI NON

www.mma.fr

Besoin d'assistance ? Appelez MMA Assistance 7j/7 - 24h/24

01 40 25 59 59 prix d'un appel local ou de l'étranger au +33 1 40 25 59 59

Conseil matin : enregistrez ce numéro dans le répertoire de votre portable

N° des secours 112

LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

Cochez la case blessé(s), même en cas de doute sur d'éventuelles séquelles.

Précisez si vous êtes hors ou en agglomération.

Pour les témoins, les coordonnées complètes sont indispensables. Attention, ils ne peuvent être ni votre conjoint, ni un membre de votre famille, ni les personnes transportées dans votre voiture au moment de l'accident.

Récupérez bien le nom de la société d'assurance de l'autre véhicule.

LES CIRCONSTANCES

Une ou deux cases maximum doivent permettre de décrire votre situation, mais il n'est pas anormal de n'en cocher aucune.

Certaines d'entre elles méritent des commentaires :

cases 6 et 7 : si ces cases sont cochées, il est nécessaire de préciser clairement les règles de priorité sur le croquis.

case 10 : cette case "changeait de file" doit être cochée même s'il s'agit d'un écart fait par un véhicule.

case 16 : cette case signifie que le véhicule est prioritaire car il bénéficie de la priorité à droite.

case 17 : le signal de priorité peut aussi bien être un feu, un marquage au sol (ligne continue) ou un panneau. Pensez à les indiquer aussi sur le croquis.

Indiquez bien le nombre de cases cochées dans chacune des colonnes. Vous serez ainsi sûr qu'aucune modification n'advient après coup.

LE CROQUIS

Faites figurer sur le dessin l'ensemble des informations listées en haut de la partie 13 "croquis de l'accident".

Indiquez bien :

- le milieu de la rue ou de la route par un pointillé, ou une ligne pour représenter une ligne blanche,
- la signalisation (feux, panneaux, marquage au sol),
- la position et le sens que suivaient les véhicules au moment du choc.

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Feuille 1/2

Date de l'accident		Heure		Localisation		Lieu		Blessé(s) même léger(s) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>											
Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		Objets autres que des véhicules non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		Témoins : noms, adresse et tel. :															
VÉHICULE A				12. CIRCONSTANCES				VÉHICULE B											
6. Preneur d'assurance l'assuré (voir attestation d'assurance) NOM : Prénom : Adresse : Code Postal : Pays : Tél. ou e-mail :				A Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis 1 <input type="checkbox"/> * en stationnement / à l'arrêt 2 <input type="checkbox"/> * quittait un stationnement / ouvrait une portière 3 <input type="checkbox"/> Prenait un stationnement 4 <input type="checkbox"/> sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre 5 <input type="checkbox"/> s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre 6 <input type="checkbox"/> s'engageait sur une place à sens giratoire 7 <input type="checkbox"/> roulait sur une place à sens giratoire 8 <input type="checkbox"/> venait à l'arrêt, en roulant dans le même sens et sur une même file 9 <input type="checkbox"/> roulait dans le même sens et sur une file différente 10 <input type="checkbox"/> changeait de file 11 <input type="checkbox"/> doublait 12 <input type="checkbox"/> virait à droite 13 <input type="checkbox"/> virait à gauche 14 <input type="checkbox"/> reculait 15 <input type="checkbox"/> empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse 16 <input type="checkbox"/> venait de droite (dans un carrefour) 17 <input type="checkbox"/> n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge 18 <input type="checkbox"/> Indiquer le nombre de cases cochées dans chaque colonne				6. Preneur d'assurance l'assuré (voir attestation d'assurance) NOM : Prénom : Adresse : Code Postal : Pays : Tél. ou e-mail :				7. Véhicule A. MOTEUR B. REMORQUE N° d'immatriculation : Pays d'immatriculation :							
7. Véhicule A. MOTEUR B. REMORQUE N° d'immatriculation : Pays d'immatriculation :				8. Société d'assurances (voir attestation d'assurance) NOM : N° de contrat : N° de carte verte : Attestation d'assurance ou carte verte valable du : au : Agence (ou Bureau, courtier) : NOM : Adresse : Pays : Tél. ou e-mail : Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				8. Société d'assurances (voir attestation d'assurance) NOM : N° de contrat : N° de carte verte : Attestation d'assurance ou carte verte valable du : au : Agence (ou Bureau, courtier) : NOM : Adresse : Pays : Tél. ou e-mail : Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				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'à/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'à/au :			
10. Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →				10. Indiquer le point de choc initial au véhicule B par une flèche →				11. Dégât apparent au véhicule A :											
11. Dégât apparent au véhicule A :				11. Dégât apparent au véhicule B :				12. Mes observations :											
12. Mes observations :				13. Signature des conducteurs				14. Mes observations :											

LES OBSERVATIONS

Cette partie est très utile pour préciser les circonstances de l'accident (ex. ouverture d'une portière...). Si aucune case de la partie 12 "circonstances" ne correspond à votre situation, indiquez dans cette partie les informations relatant les faits. C'est aussi l'endroit qui permet de noter les raisons du désaccord qui ont pu vous empêcher de signer.

Déclarer un sinistre ? Appelez MMA 7j/7 - 24h/24

N° Cristal 09 809 809 11

APPEL NON SURTAXE

MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126 - MMA IARD, société anonyme au capital de 429 870 720 euros, RCS Le Mans 440 048 882
Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Dyon - 72030 Le Mans cedex 9 - Entreprises régies par le code des assurances.

www.mma.fr



VOTRE PREMIER RÉSEAU SOCIAL D'ASSURANCES