

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 2024-07-13	heure 12:00	2. lieu Tunis	3. blessés même légers non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>		5. témoins noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager de A ou B) Nom: John Doe, Adresse: 123 Main St, Tunis, Téléphone: 12345678	

VEHICULE A	12. circonstances	VEHICULE B
6. Société d'Assurances Véhicule assuré par Company A Police d'Assurance N° INS-12345 Agence Tunis Attestation valable du 2024-12-31 au 2024-12-20 7. Identité du Conducteur Nom Jane Smith Prénom Jane Adresse 456 Elm St, Tunis Permis de conduire N° D12345678 Délivré le 2020-01-01 8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom Jane Smith Prénom Jane Adresse : 456 Elm St, Tunis Tél. 00000000 9. Identité du Véhicule Marque, Type Toyota N° d'immatriculation 1234-AB-56 Sens suivi Venant de North Allant à S	Mettre une croix (x) dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis 1 <input checked="" type="checkbox"/> en stationnement 2 <input checked="" type="checkbox"/> quittait un stationnement 3 <input checked="" type="checkbox"/> prenait un stationnement 4 <input checked="" type="checkbox"/> sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre 5 <input checked="" type="checkbox"/> s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre 6 <input checked="" type="checkbox"/> arrêt de circulation 7 <input checked="" type="checkbox"/> frottement sans changement de file 8 <input checked="" type="checkbox"/> heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file 9 <input checked="" type="checkbox"/> roulait dans le même sens et sur une file différente 10 <input checked="" type="checkbox"/> changeait de file 11 <input checked="" type="checkbox"/> doublait 12 <input checked="" type="checkbox"/> virait à droite 13 <input checked="" type="checkbox"/> virait à gauche 14 <input checked="" type="checkbox"/> reculait 15 <input checked="" type="checkbox"/> empiétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse 16 <input checked="" type="checkbox"/> venait de droite (dans un carrefour) 17 <input checked="" type="checkbox"/> n'avait pas observé le signal	6. Société d'Assurances Véhicule assuré par Company B Police d'Assurance N° INS-67890 Agence Tunis Attestation valable du 2024-11-20 au 2024-11-30 7. Identité du Conducteur Nom John Doe Prénom John Adresse 789 Pine St, Tunis Permis de conduire N° E12345678 Délivré le 2019-05-15 8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom John Doe Prénom John Adresse : 789 Pine St, Tunis Tél. 11111111 9. Identité du Véhicule Marque, Type Honda N° d'immatriculation 5678-CD-90 Sens suivi Venant de West Allant à East
10. Indiquer le point de choc initial 		10. Indiquer par une flèche le point de choc initial
11. dégâts apparents Front bumper damaged		11. dégâts apparents Rear bumper damaged
14. observations No other visible damage		14. observations Scratch on the left side
A 15. signature des conducteurs		B

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).

(le Souscripteur)

profession _____ n° tél. _____

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 alignements routiers - 5. le nom des rues (ou routes)

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Si oui : Brigade ou Poste de Police :

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Date de naissance_____ Est-il salarié de l'Assuré?

OUI	
-----	--

NON	
-----	--

Sinon à quel titre conduisait-il?

Quel était le motif du déplacement?

EXPERTISE des DÉGATS : Garage où le véhicule sera visible.

Quand? _____ Éventuellement téléphoner à :

**Si le
véhicule**

- { — **a été volé**, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise) _____
 { — **est gagé**: nom et adresse de l'Organisme de crédit _____
 { — **est un poids lourd** : poids total en charge _____
 { — **était attelé** à un autre véhicule (tractant ou remarqué) 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) :

Prénom et âge.....

Adresse.....

Adresse.....

Profession.....

Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur

le conducteur.....
Est-il salarié de l'assuré?.....

Nature et gravité des blessures....

Situation au moment de l'accident

(piéton, passager du véhicule A ou B etc.)

1^{ers} soins ou hospitalisation à.....

A _____, le _____

Signature de l'assuré :

Signature de l'assuré :