

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 South	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 de priorité indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	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
13. croquis de l'accident Front bumper damaged 14. observations No other visible damage A 15. signature des conducteurs		13. croquis de l'accident Rear bumper damaged 14. observations Scratch on the left side B 15. signature des conducteurs

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 :