

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

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par Company A
Police d'Assurance N° INS-12345
Agence A 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

12. circonstances

Mettre une croix (x) dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis

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

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

13 croquis de l'accident

VEHICULE B

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par
Police d'Assurance N°
Agence B
Attestation valable
du au

7. Identité du Conducteur

Nom
Prénom
Adresse
Permis de conduire N°
Délivré le

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 par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents
Front bumper damaged

14. observations
No other visible damage

Initial point of impact

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

INS-67890
11. dégâts apparents
Rear bumper damaged
Tunis

14. observations
Scratch on the left side

2024-11-20

2024-11-30

A 15. signature des conducteurs B

(1) إعلان هام : طالبوا بنسخة مصورة من الشهادة العالمية للتأمين (البطاقة الخضراء أو البطاقة البرتقالية) إذا اتضح أن الخصم مؤمن بالخارج.

(1) NB : Exigez une photocopie de l'attestation internationale d'assurance (carte verte ou carte orange) si le tiers est assuré à l'étranger.

Initial point of impact

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 :

du véhicule assuré : Est-il le conducteur habituel du véhicule?.....

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.....

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 :