

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

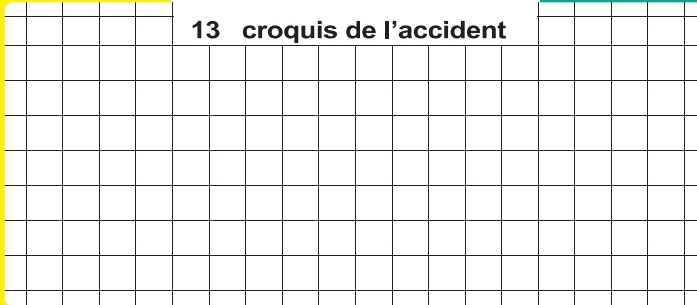
Sens suivi

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 empiétait sur la partie de chaussée |
| <input type="checkbox"/> | 15 | 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 Company B
Police d'Assurance N° INS-67890
Agence B Tunis
Attestation valable
du 2024-11-20 2024-11-30

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

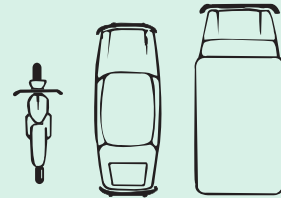
9. Identité du Véhicule

Marque, Type Honda
N° d'immatriculation 5678-CD-90

Sens suivi

Venant de West
Allant à East

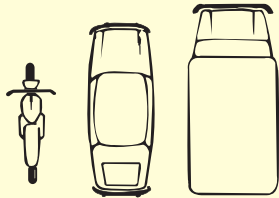
10. Indiquer par une flèche le point de choc initial →



11. dégâts apparents
Rear bumper damaged

14. observations
Scratch on the left side

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

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 :

| | |
|-----|--|
| 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.....
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 :