

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 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 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	Mettre une croix (x) dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis 1 <input type="checkbox"/> en stationnement 2 <input type="checkbox"/> quittait un stationnement 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"/> arrêt de circulation 7 <input type="checkbox"/> frottement sans changement de file 8 <input type="checkbox"/> heurtait à l'arrière, 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 la partie de chaussée 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 le signal de priorité indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	6. Société d'Assurances Véhicule assuré par Police d'Assurance N° Agence Attestation valable du au 7. Identité du Conducteur Nom Prénom Adresse Permis de conduire N° Délivré le 8. Assuré (voir attest. d'assur.) Nom Prénom Adresse : Tél. 9. Identité du Véhicule Marque, Type N° d'immatriculation Sens suivi Venant de Allant à 10. Indiquer par une flèche le point de choc initial 11. dégâts apparents 14. observations
10. Indiquer par une flèche le point de choc initial 11. dégâts apparents Front bumper damaged 14. observations No other visible damage 15. signature des conducteurs	13 croquis de l'accident	10. Indiquer par une flèche le point de choc initial 11. dégâts apparents 14. observations

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 :