

# 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"/> Non 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

### 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

A

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐

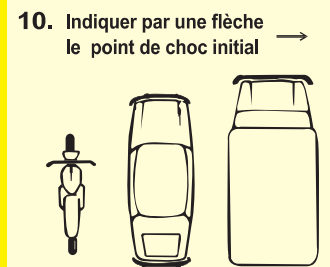
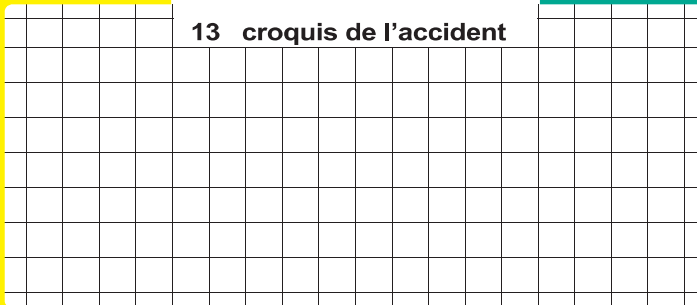
## 12. circonstances

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

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

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

## 13 croquis de l'accident



11. dégâts apparents  
Front bumper damaged

14. observations  
No other visible damage

A

15. signature des conducteurs

B

## VEHICULE B

### 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 .....

B

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐



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 :

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? \_\_\_\_\_

Quel était le motif du déplacement?

**EXPERTISE des DÉGATS :** Garage où le véhicule sera visible.

**Quand?** \_\_\_\_\_ Éventuellement téléphoner à :

/ — 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

**Si le  
véhicule**

— **était attelé** à un autre véhicule (tractant ou remorqué) 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**

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<sup>ers</sup> soins ou hospitalisation à.....

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré :