

# 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<br>2024-07-13  | heure<br>12:00 | 2. lieu<br>Tunis   | 3. blessés même légers<br>non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| 4. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B<br>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) |  |

VEHICULE A

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

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

VEHICULE B

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

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

Front bumper damaged hahahahahaha hahaha hahahah hahahah hahahah hahahah

14. observations

No other visible damage hahahahahaha ahahaha hahaha hahahah hahahah hahahah

13 croquis de l'accident

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

Front bumper damaged hahahahahaha ahahaha hahaha hahahah hahahah hahahah

14. observations

Scratch on the left side hahahahahaha ahahaha hahaha hahahah hahahah hahahah

15. signature des conducteurs

A 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.

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

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature de l'assuré :**

**Signature de l'assuré :**



