

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

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 Initial point of impact
Permis de conduire N°
Délivré le

8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom
Prénom
Adresse :
Tél.

9. Identité du Véhicule

Marque, Type Front view
N° d'immatriculation

Sens suivi

Venant de
Allant à

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

Front bumper damaged

14. observations

No other visible damage

13 croquis de l'accident

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

14. observations

A	15. signature des conducteurs	B
---	-------------------------------	---

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 :

/ — a été volé, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise)

— **est gagé**: nom et adresse de l'Organisme de crédit _____

Si le — est un poids lourd : poids total en charge

véhicule } — était **attelé** à un autre véhicule (tractant

— véhicule : _____ poids total en charge : _____

— nom de la Société qui l'assure : _____

dégâts matériels autres qu'aux véhicules

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^{ers} soins ou hospitalisation à

1 - soins ou hospitalisation a.....

A _____, le _____

Signature de l'assuré :

Signature de l'assuré :