

# 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

A

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

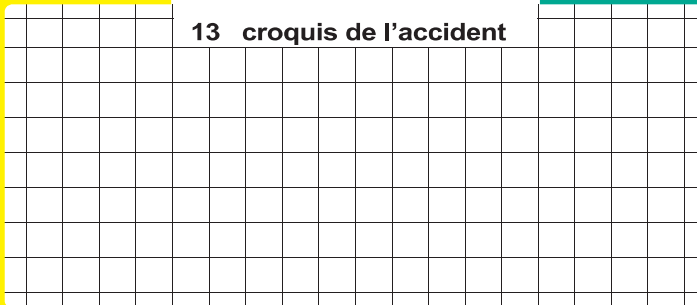
## 12. circonstances

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

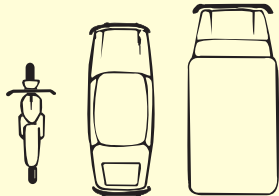
- 1 ☐ en stationnement
- 2 ☐ quittait un stationnement
- 3 ☐ prenait un stationnement
- 4 ☐ sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre
- 5 ☐ s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre
- 6 ☐ arrêt de circulation
- 7 ☐ frottement sans changement de file
- 8 ☐ heurtait 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



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



## 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 ..... 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

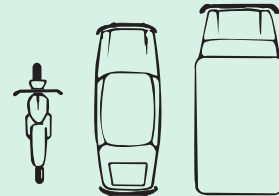
Venant de .....

Allant à .....

B

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

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

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

**Signature de l'assuré :**