

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

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

13 croquis de l'accident

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

10. Indiquer par une flèche

11. dégâts apparents

Rear bumper damaged

14. observations

No other visible damage

15. signature des conducteurs

A

14. observations

Scratch on the left side

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 ou remorqué) au moment de l'accident, indiquer le n° d'immatriculation de cet autre véhicule : _____

— véhicule : _____ poids total en

— nom de la Société qui l'assure : _____

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
le conducteur

Est-il salarié de

Nature et gravité

Situation au mor

(piéton, passager du

1^{er} soins ou hosp

A _____, le _____

Signature de l'assuré :

Signature de l'assuré :