

# 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 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
<input type="checkbox"/>	15	empiétait sur la partie de chaussée 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

## 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 .....

## 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

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

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

## 11. dégâts apparents

## 14. observations

## 15. signature des conducteurs

A 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 :

**Si le  
véhicule**

— a été volé, indiquer son numéro dans la serie 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 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 :**