

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"/> Non 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 Initial point of impact

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 ☐

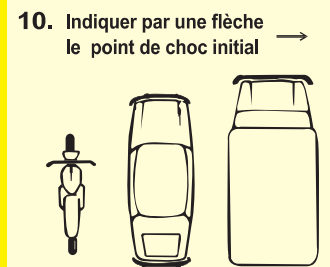
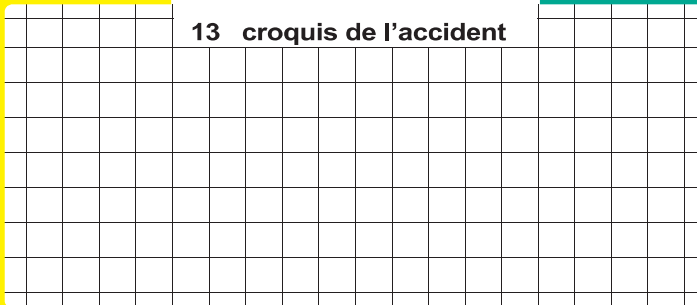
12. circonstances

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



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

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

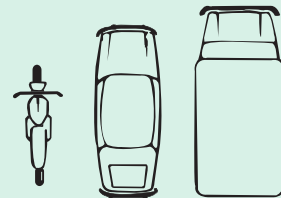
Venant de

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 :

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 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 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^{ers} soins ou hospitalisation à.....

A _____, le _____

Signature de l'assuré :