

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 : heure 2024-07-13 13:00	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)	

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	2024-12-31
7. Identité du Conducteur	
Nom	Jane Smith
Prénom	Jane
Adresse	456 Elm St, Tunis
Permis de conduire N°	D12345678
Delivré 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 le stationnement	
<input checked="" type="checkbox"/>	3	prenait le stationnement	
<input checked="" type="checkbox"/>	4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	
<input checked="" type="checkbox"/>	5	rentrait 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	heurtaït 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 empiétait sur la partie de chaussée	
<input checked="" type="checkbox"/>	15	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	

18 ☐ indiquer le nombre de véhicules

VÉHICULE B

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par **Compagny B**

Licence d'assurance N° **INS-390**

Emission **Tunis**

Autorisation 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 →


The diagram shows three vehicles from a top-down perspective, arranged in a line from left to right: a motorcycle, a car, and a truck. An arrow points to the right above the vehicles, indicating the direction of travel.

11. dégâts apparents
Front bumper damaged
hahahahaha ahahaha hahaha
hahahah hahahah hahahah

14. observations
No other visible damage hahahahahah ahahaha hahaha hahahah
hahahah hahahah

[illegible]

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



The diagram shows three vehicles from a top-down perspective, arranged horizontally. From left to right: a motorcycle, a car, and a truck. A black arrow points from the right towards the vehicles, indicating the direction of the initial impact.

11. dégâts apparents
Front bumper damaged
hahahahahah ahahaha hahaha
bababab bababab bababab

14. observations

Scratch on the left side

A 15. signature des conducteurs **B**

déclaration

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).

1. nom de l'assuré

(le Souscripteur)

profession

n° tél.

2. circonstances de l'accident:

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 voies (ou routes)



3. A-t-il été établi un procès-verbal de la Garde Nationale?

OUI

NON

un rapport de police?

OUI

NON

Si oui : Brigade ou Poste de Police :

4. conducteur

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?.....

5. véhicule assuré: Lieu habituel de garage

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) :

7. blessé(s) NOM.....

Prénom et âge.....

Adresse.....

Profession.....

Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur.....

Est-il salarié de l'assuré?.....

OUI

NON

OUI

NON

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 :

DUPLICATE

DUPLICATE