

# 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

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

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

### 13 croquis de l'accident

## VEHICULE B

### 6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par Company B  
Police d'Assurance N° INS-67890  
Agence B 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



11. dégâts apparents  
Front bumper damaged

14. observations  
No other visible damage



11. dégâts apparents  
Rear bumper damaged

14. observations  
Scratch on the left side

Initial point of impact

A

15. signature des conducteurs

B

(1) إعلان هام : طالبوا بنسخة مصورة من الشهادة العالمية للتأمين (البطاقة الخضراء أو البطاقة البرتقالية) إذا اتضح أن الخصم مؤمن بالخارج.

(1) NB : Exigez une photocopie de l'attestation internationale d'assurance (carte verte ou carte orange) si le tiers est assuré à l'étranger.

Initial point of impact

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 serie du type (voir carte grise)

— **est gagé:** nom et adresse de l'Organisme de crédit.

— est un poids lourd : poids total en charge

**Si le  
véhicule**

— **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.....

Profession.....

Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur

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 :**

**Signature de l'assuré :**