

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 2024-12-31

7. Identité du Conducteur

Nom Jane Smith

Prénom Jane

Adresse 456 Elm St, Tunis

Permis de conduire N° E12345678

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

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	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	<input checked="" type="checkbox"/>

VEHICULE B

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par Company B

Police d'Assurance N° INS-890

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

14. observations

No other visible damage

13 croquis de l'accident

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

Rear bumper damaged

14. observations

Scratch on the left side

15. signature des conducteurs

A 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 :
- ☐ 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 :