

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 2024-12-20

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

A	1	en stationnement
X	2	quittait un stationnement
X	3	prenait un stationnement
X	4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre
X	5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre
X	6	arrêt de circulation
X	7	frottement sans changement de file
X	8	heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file
X	9	roulait dans le même sens et sur une file différente
X	10	changeait de file
X	11	doublait
X	12	virait à droite
X	13	virait à gauche
X	14	reculait
X	15	empiétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse
X	16	venait de droite (dans un carrefour)
X	17	n'avait pas observé le signal de priorité

VEHICULE B

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par Company B

Police d'Assurance N° INS-67890

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

13 croquis de l'accident

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

15. signature des conducteurs

A

B

10. Indiquer par une flèche le point de choc initial

11. dégâts apparents

Rear bumper damaged

14. observations

No other visible damage

14. observations

Scratch on the left side

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)

n° tél.

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)

A large, empty grid consisting of 20 columns and 10 rows of squares, intended for drawing a picture.

NON	
-----	--

NON	
-----	--

Si oui : Brigade ou Poste de Police :

NON	
-----	--

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 :

(— a été volé, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise)

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

Si le est un poids lourd : poids total en charge

véhicule } — était **attelé** à un autre véhicule (tractant

— véhicule : _____ poids total en charge : _____

— nom de la Société qui l'assure : _____ n° _____

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

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 :