

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 réglement.

à signer obligatoirement par les DEUX conducteurs

1. date de l'accident	heure	2. lieu	3. blessés	même légers
2024-07-13	12:00	Tunis	non X	oui
4. dégâts matériels	autres	5. témoins noms, adresses et tel (à souligner s'il s'agit d'un passager	de A ou B)	
qu'aux véhicules A et B	ii	Nom: John Doe, Adresse: 123 Main St, Tunis, Téléphone: 123	345678	

VEHICULE A		12. circonstances Mettre, use grain (x) dans									
6. Société d'Assurances		chacune des cases utiles 6. Société d'Assurances									
Véhicule assuré par Company A		pour préciser le croquis Véhicule assuré par									
Police d'Assurance N°INS-12345		1 en stationnement 1 Police d'Assurance N°									
Agence Tunis		2 quittait un stationnement 2 Agence									
Attestation valable		3 prenait un stationnement 3 Attestation valable									
du 2024-12-31 au 2024-12-20		4 sortait d'un parking, d'un lieu 4 du au									
7. Identité du Conducteur		privé, d'un chemin de terre 7. Identité du Conducteur									
Nom Jane Smith		5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre									
Prénom Jane		6 arrêt de circulation 6 Prénom									
Adresse 456 Elm St, Tunis		7 frottement sans changement de file 7 Adresse									
Permis de conduire N° D12345678		8 heurtait à l'arrière, en roulant dans 8									
Délivré le2020-0.1-0.1		le même sens et sur une même file 9 roulait dans le même sens et 9									
8. Assuré (voir attest. d'assur.)		sur une file différente 8. Assuré (voir attest. d'assur.)									
Nom Jane Smith		10 changeait de file 10 Nom									
Prénom Jane		11 doublait 11 Prénom									
Adresse : 456 Elm St, Tunis		12 virait à droite 12 Adresse : Initial point of impact Tél.									
Tél. 00000000		13 virait à gauche 13									
9. Identité du Véhicule		9. Identité du Véhicule									
Marque, Type Toyota		empiétait sur la partie de chaussée Marque, Type									
N° d'immatriculation 1234-AB-56		15 réservée à la circulation en sens 15 inverse N° d'immatriculation									
Sens suivi		16 venait de droite (dans un 16 Sens suivi carrefour)									
Venant de North Allant à South		17 n'avait pas observé le signal 17 de priorité Venant de Allant à									
Aliant a Coun		indiquer le nombre de									
10. Indiquer par une flèche		cases marquées d'une croix 10. Indiquer par une flèche									
le point de choc initial		13 croquis de l'accident									
11. dégâts apparents		11. dégâts apparents									
Front bumper damaged		Tr. degats apparents									
14. observations		14. observations									
No other visible damage											
A 15. signature des conducteurs											
	, ,	13. Signature des conducteurs									

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			pro	fess	ior	1							1	n° t	él			
2.	circonstances de l'accident	•	(CRO	QUI	S		ıleme recto		'il n'	а ра	s de	éjà «	été f	ait	sur l	e co	ons	tat
			D	ésig	ner	les	vél	nicule	s p	ar 🖊	A et	В	cor	ıforr	ném	ent	au	rec	to
								es voic											
																\Box	\Box		
_																	\dashv		
																	\Box		
																	\dashv		\dashv
																	\dashv		\dashv
3.	A-t-il été établi un procès-verbale d		e?	OU	1		NOI	V	uı	n rap	por	t de	po	ice?	? 0	UI	٦	N	ON
_	Si oui: Brigade ou Poste de Police														_		_		_
4. conducteur du véhicule assuré : Est-il le conducteur Date de naissance															-	UI	\Box	\vdash	ON
																UI		LN	ON_
_																			
5.	véhicule assuré: Lieu habituel																		_
	Quel était le motif du déplacement EXPERTISE des DÉGATS : Gara																		_
	Quand?	.90 04 10 101110410		. Év	entu	ell	eme	ent té	lépl	hone	er à								_
	_ a été volé, indiquer son numé																		
	<pre>si le</pre>																		_
	véhicule _ était attelé à un autre véhicu																		— е
	_ véhicule :		poid	s tota	al en	cha	arge	:											
6	_ nom de la Société qui l'assur dégâts matériels autres qu'au																		_
U.	ueguis illulelleis uulles qu'at	ix venicules A et E) (n	atur	e et	ım	por	tance	∌; n	iom	et a	are	sse	au	pro	prie	tali	re)	
_			_			_	_		_	_	_	_	_	_	_		_	_	_
/.	blessé(s) NOM																		
	Prénom et âge																		_
	Auresse																		
	Profession																		_
	Degré de parenté avec l'assuré ou le conducteur		_									_		_	_				_
	Est-il salarié de l'assuré? Nature et gravité des blessures	OUI	N	ON	┙					L	OUI	Ш		NO	N	_			
																			_
	Situation au moment de l'accident (piéton, passager du véhicule A ou B etc.)																		_
	1 ^{ers} soins ou hospitalisation à																		_
								<u> </u>	A_					 , le				_	_
											Sig	nati	ure	de l	'ass	suré	:		