

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		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 non x	i 🗆	Nom: John Doe, Adresse: 123 Main St, Tunis, Téléphone: 123	345678	

VEHICULE A 12. circonstances Wettre une croix (x) dans VEHICULE B									
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 5. s'engageait dans un parking, un 5.								
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 Initial point of im								
Permis de conduire N° D12345678	8 heurtait à l'arrière, en roulant dans 8								
Délivré le2020-01-01	le même sens et sur une même file Délivré le proulait dans le même sens et p								
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 Prénom								
Adresse : 456 Elm St, Tunis	12 virait à droite 12 Adresse :								
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								
Venant de North	17 n'avait pas observé le signal 17 Venant de								
Allant à South	de priorité Allant à Indiquer le nombre de								
10	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									
14. observations	14. observations								
No other visible damage									
	15. 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	ес	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															-	UI	\Box	\vdash	ON
	Date de naissanceSinon à quel titre conduisait-il?										ure?				0	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	:		