

# 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 heure 2024-07-13T12:00:00Z	2. lieu Tunis	3. blessés même légers non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
4. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui <input 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 .....

Police d'Assurance N° .....

Agence A .....

Attestation valable .....  
du Front bumper damaged au .....

### 7. Identité du Conducteur

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Permis de conduire N° .....

Délivré le .....

### 8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom .....

Prénom .....

Adresse : .....

Tél. ....

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

## VEHICULE B

### 6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par .....

Police d'Assurance N° .....

Agence .....

Attestation valable .....  
du ..... au .....

### 7. Identité du Conducteur

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Permis de conduire N° .....

Délivré le .....

### 8. Assuré (voir attest. d'assur.)

Nom .....

Prénom .....

Adresse : .....

Tél. ....

### 9. Identité du Véhicule

Marque, Type .....

N° d'immatriculation .....

### Sens suivi

Venant de .....

Allant à .....

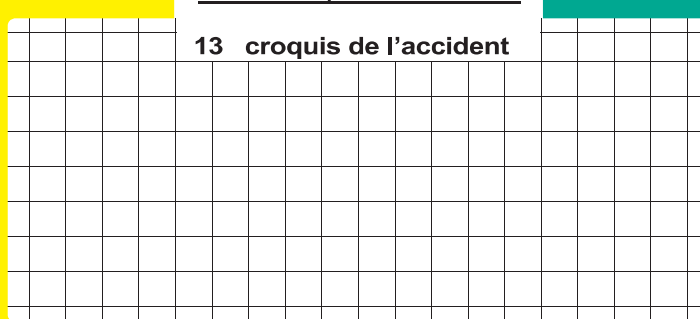
### 10. Indiquer par une flèche le point de choc initial



### 11. dégâts apparents

### 13 croquis de l'accident

indiquer le nombre de cases marquées d'une croix



### 10. Indiquer par une flèche le point de choc initial



### 11. dégâts apparents

### 14. observations

### 15. signature des conducteurs

**A**

### 14. observations

### 15. signature des conducteurs

**B**

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 série 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.....  
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 :**