

# 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-390

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

A 15. signature des conducteurs 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 alignaux 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 : .....
- ☐ 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) :

## 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<sup>ers</sup> soins ou hospitalisation à.....

A ....., le .....

Signature de l'assuré :