

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 2024-07-13 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)	

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° D12345678

Delivré 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 rr

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

17 ← indiquer le nombre de

VÉHICULE B

6. Société d'Assurances

Véhicule assuré par **Compagny B**

Licence d'assurance N° **INS-390**

Emission **Tunis**

Autorisation 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 →



The diagram shows three vehicles from a top-down perspective, arranged in a line from left to right. On the left is a motorcycle. In the middle is a car. On the right is a truck. A black arrow points from the text 'le point de choc initial' towards the right, indicating the direction of travel for all vehicles.

11. dégâts apparents

Front bumper damaged
 nahahahahaha ahahâna hahaha
 nahahah hahahah hahahah

14. observations
No other visible damage hahah
hahahah hahahah

cases marquées d'une croix

13 croquis de l'accident

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



11. dégâts apparents

hahahah hahahah hahahah
hahahah ahahaha hahaha hahaha

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 alignements 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^{ers} soins ou hospitalisation à.....

A _____, le _____

Signature de l'assuré :

DUPLICATE

DUPLICATE