

<b>1</b> Date de l'accident	Heure	<b>2</b> Localisation	Lieu :	<b>3</b> Blessé(s) même léger(s)
Pays :		Pays :		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<b>4</b> Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B		<b>5</b> Témoins : noms, adresses et tél.		
objets autres que des véhicules				
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

**VÉHICULE A**

**6** Preneur d'assurance / assuré (voir attest. d'assur.)

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Pays : .....  
 Tél. ou e-mail : .....

A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

**12. CIRCONSTANCES**

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis  
\* Rayer la mention inutile

<b>A</b>		<b>B</b>
<input type="checkbox"/>	1 * en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 roulait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 changeait de file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 doublait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 virait à droite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 virait à gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 reculait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 venait de droite (dans un carrefour)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	← indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →	<input type="checkbox"/>

**VÉHICULE B**

**6** Preneur d'assurance / assuré (voir attest. d'assur.)

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Pays : .....  
 Tél. ou e-mail : .....

A MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

**7** Véhicule

**8** Société d'assurance (voir attest. d'assur.)

NOM : .....  
 N° de contrat : .....  
 N° de carte verte : .....  
 Attestation d'assurance ou carte verte valable du : ..... au : .....  
 Agence (ou bureau, ou courtier) : .....  
 NOM : .....  
 Adresse : .....  
 Pays : .....  
 Tél. ou e-mail : .....  
 Les dégâts matériels du véhicule sont-ils assurés par le contrat ? oui  non

**9** Conducteur (voir permis de conduire)

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Pays : .....  
 Tél. ou e-mail : .....  
 Permis de conduire n° : .....  
 Catégorie (A, B, ...) : .....  
 Permis valable jusqu'au : .....

**7** Véhicule

**8** Société d'assurance (voir attest. d'assur.)

NOM : .....  
 N° de contrat : .....  
 N° de carte verte : .....  
 Attestation d'assurance ou carte verte valable du : ..... au : .....  
 Agence (ou bureau, ou courtier) : .....  
 NOM : .....  
 Adresse : .....  
 Pays : .....  
 Tél. ou e-mail : .....  
 Les dégâts matériels du véhicule sont-ils assurés par le contrat ? oui  non

**9** Conducteur (voir permis de conduire)

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Pays : .....  
 Tél. ou e-mail : .....  
 Permis de conduire n° : .....  
 Catégorie (A, B, ...) : .....  
 Permis valable jusqu'au : .....



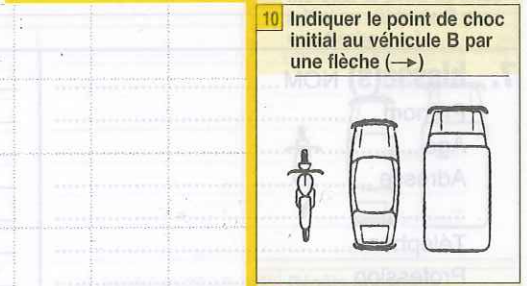
**11** Dégâts apparents au véhicule A

.....

.....

**13** Croquis de l'accident au moment du choc

Préciser : 1. le tracé des voies - 2. la direction (par des flèches) des véhicules A, B - 3. leur position au moment du choc - 4. les signaux routiers - 5. le nom des rues (ou routes).



**11** Dégâts apparents au véhicule B

.....

.....

**14** Mes observations

.....

.....

**15** Signature des conducteurs **15**

A B

**14** Mes observations

.....

.....



# declaration

à remplir et à transmettre dans les **cinq** jours à votre assureur

Cette déclaration complémentaire vous permet de mieux expliquer les circonstances de l'accident : toutefois, les éléments qui sont contraires à ceux mentionnés au recto signé de votre adversaire ne peuvent lui être opposés. Selon l'article L 211-5-1 du code des assurances, l'assuré dispose de la faculté de choisir le réparateur professionnel auquel il souhaite recourir en cas de dommage garanti par le contrat.

**1. nom de l'assuré :** \_\_\_\_\_ profession : \_\_\_\_\_ n° tél. \_\_\_\_\_  
e-mail : \_\_\_\_\_

**2. conducteur du véhicule :** profession \_\_\_\_\_ Est-il : célibataire  marié  autre   
Est-il le conducteur habituel du véhicule ?  OUI   NON  Réside-t-il habituellement chez l'assuré ?  OUI   NON   
Est-il salarié de l'assuré ?  OUI   NON  Sinon à quel titre conduisait-il ? \_\_\_\_\_  
Motif du déplacement : \_\_\_\_\_

**3. Circonstances de l'accident :**  
(à préciser dans tous les cas même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi).

## CROQUIS

Désigner les véhicules par **A** et **B** conformément au recto. Préciser : 1. Le tracé des voies - 2. La direction (par des flèches) des véhicules A, B - 3. leur position au moment du choc - 4. les signaux routiers - 5. le nom des rues (ou routes).

**4. A-t-il été établi un procès-verbal de gendarmerie**  OUI   NON  **un rapport de police**  OUI   NON   
une **main-courante**  OUI   NON  Si oui : Brigade ou Commissariat de : \_\_\_\_\_

**5. véhicule assuré :** Lieu habituel de garage \_\_\_\_\_  
**EXPERTISE des DÉGATS : Réparateur chez qui le véhicule sera visible** \_\_\_\_\_

tél. : \_\_\_\_\_ fax : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_  
**Quand ?** \_\_\_\_\_ Éventuellement téléphoner à : \_\_\_\_\_  
Si le **véhicule** :  
- a été **volé**, indiquer son numéro dans la série du type (voir carte grise) : \_\_\_\_\_  
- est **gagé** ou fait l'objet d'un **contrat de location** (ou crédit-bail) : nom et adresse de l'organisme concerné : \_\_\_\_\_  
- est un **poids lourd** : poids total en charge : \_\_\_\_\_  
- était **attelé** à un autre véhicule (tractant ou remorqué) au moment de l'accident, indiquer le poids total en charge : \_\_\_\_\_  
Nom de la Société qui l'assure : \_\_\_\_\_ n° de contrat dans la Société : \_\_\_\_\_

**6. dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B (nature et importance ; nom et adresse du propriétaire) :**  
\_\_\_\_\_

**7. blessé(s)** NOM .....  
Prénom .....  
Âge .....  
Adresse .....  
Téléphone .....  
Profession .....  
Situation au moment de l'accident  
(conducteur, passager du véhicule A ou B, cycliste, piéton)  
Portait-il casque ou ceinture ? .....  
1<sup>ers</sup> soins ou hospitalisation à .....  
Nature et gravité des blessures .....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dégâts matériels au véhicule A  OUI   NON   
Dégâts matériels au véhicule B  OUI   NON   
Dégâts matériels au cycliste  OUI   NON

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_