



# DÉCLARATION D'ACCIDENT

à remplir par le souscripteur,  
à transmettre immédiatement à SON assureur.

Feuille 1/2

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'AUTORITE VERBALISANTE</b> A-t-il été dressé procès-verbal? Par qui? Numéro du P.V. (éventuellement) Le conducteur de votre véhicule a-t-il subi une prise de sang ou un autre test d'alcoolémie ou de drogue? Le conducteur de votre véhicule a-t-il refusé de subir pareil test? Les documents éventuellement transmis par l'autorité verbalisante doivent être envoyés à votre assureur.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<p style="text-align: right;"><b>AUTRES RENSEIGNEMENTS EVENTUELS</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VOTRE VEHICULE: n° de châssis</b> Cylindrée ou puissance Usage au moment du sinistre  Date et résultat du dernier contrôle technique</li> </ul>	<p>privé - chemin du travail - professionnel *</p> <p>.....</p>																			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LE REPARATEUR: nom et adresse</b>  <b>Véhicule immobilisé</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui																			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LA REMORQUE DE VOTRE VEHICULE</b> Marque et type Numéro de châssis Poids maximum autorisé (tare + charge utile)</li> </ul>																				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LE CONDUCTEUR DE VOTRE VEHICULE</b> Est-il le conducteur habituel? A quel titre conduisait-il? <b>Quelle est sa date de naissance?</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<p>préposé - propriétaire - parent - ami garagiste *</p> <p>.....</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LA T.V.A.</b> Quelle est l'activité professionnelle du propriétaire du véhicule? Quel est son numéro d'immatriculation à la T.V.A. ? Possède-t-il le droit de déduire la T.V.A. relative au bien sinistré? Dans l'affirmative</li> </ul>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... %</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LES BLESSES (précisez les nom, prénom, adresse et n° de téléphone des blessés et, si possible, la nature des lésions)</b> Dans votre voiture: ..... ..... ..... Dans le véhicule du tiers: ..... ..... En dehors de ces véhicules: ..... .....</li> </ul>																				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LES DEGATS MATERIELS AUTRES qu'aux véhicules A et B (nature et importance)</b> ..... ..... ..... Nom et adresse des lésés: .....</li> </ul>																				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LES RESPONSABILITES: à qui, à votre avis, incombe la responsabilité de l'accident et pourquoi?</b> ..... .....</li> </ul>																				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LES ASSURANCES SOUSCRITES POUR VOTRE VEHICULE:</b></li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">RESP. CIVILE</th> <th style="width: 16.6%;">DEGATS MATERIELS</th> <th style="width: 16.6%;">INCENDIE</th> <th style="width: 16.6%;">VOL</th> <th style="width: 16.6%;">PROTECTION JURIDIQUE</th> <th style="width: 16.6%;">OCCUP. VOIT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> <td>Nom de la Cie</td> </tr> <tr> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> <td>N° Contrat</td> </tr> </tbody> </table>			RESP. CIVILE	DEGATS MATERIELS	INCENDIE	VOL	PROTECTION JURIDIQUE	OCCUP. VOIT.	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat
RESP. CIVILE	DEGATS MATERIELS	INCENDIE	VOL	PROTECTION JURIDIQUE	OCCUP. VOIT.															
Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie	Nom de la Cie															
N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat	N° Contrat															
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ETES-VOUS ENCORE EN POSSESSION D'UN CARNET?</b>    <input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui      Fait à ..... le ..... 20 .....</li> <li>• <b>QUEL EST LE NUMERO DE VOTRE COMPTE FINANCIER EVENTUEL?</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </li> </ul>																				
<b>Signature</b>																				

\* Biffer la mention inutile !

