déclaration

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.

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 **A** et **B** conformément au recto.

Préciser : 1. Le tracé des voies - 2. La direction (par 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 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 DÉGÂTS : 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 ?	OUI NON	OUI NON
1ers soins ou hospitalisation à		
Nature et gravité des blessures		

A le 20 Signature de l'assuré :