



**ACTE iard**

S.A. à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 11 433 676 € – 332 948 546 RCS Strasbourg  
 Société régie par le Code des assurances  
 Siège social : Espace Européen de l'Entreprise - 14 AVENUE DE L'EUROPE – 67300 SCHILTIGHEIM  
 Adresse postale : CS 70016 - 67014 STRASBOURG CEDEX  
 Tél. 03 88 37 69 00 – Fax 03 88 37 69 99 – www.camacte.com

# Déclaration d'accident de la circulation

## CONTRAT D'ASSURANCE AUTOMOBILE ET SECURITE PASSAGERS

*A adresser IMMEDIATEMENT en un seul exemplaire à ACTE iard  
 ET AU PLUS TARD CINQ JOURS APRÈS L'ACCIDENT*

<p><b>ASSURE :</b></p> <p>Numéro <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Nom de v/employeur: .....</p> <p>Profession: .....</p> <p>Téléphone: .....</p>	<p>NOM ou RAISON SOCIALE</p> <hr/> <p>Adresse</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--

**CONDUCTEUR** du véhicule assuré :

Nom et Prénom: .....

Adresse: .....

Date de naissance: .....

Qualité vis-à-vis de l'assuré: .....

Motif du déplacement: .....

**Caractéristiques du permis de conduire**

Catégorie	Date de délivrance	Numéro

Délivré par la préfecture de: .....

Date du dernier renouvellement si validité temporaire: .....

**VEHICULE ASSURE** par ACTE iard

VEHICULE	Numéro d'immatriculation <input style="width: 100px;" type="text"/>	Modèle et Marque .....	Puissance en C.V. (selon carte grise): .....
	Poids Mort: .....	Charge utile: .....	Poids total: .....
REMORQUE (s'il y a lieu)	Numéro d'immatriculation <input style="width: 100px;" type="text"/>	Marque et Nature de la remorque: .....	
	Poids Mort: .....	Charge utile: .....	Poids total: .....
Si remorque non assurée auprès de notre société: Nom et adresse de l'assureur: .....			N° de Police: .....

NE RIEN ECRIRE  
ICI

RESERVE  
AU SERVICE

## DESIGNATION DES ADVERSAIRES:

	1 <sup>er</sup> Adversaire	2 <sup>e</sup> Adversaire	3 <sup>e</sup> Adversaire
<b>PROPRIETAIRE:</b>			
Nom et prénom			
Adresse			
Profession			
<b>Est-il salarié de votre Entreprise?</b>			
<b>CONDUCTEUR: Nom et prénom</b>			
Adresse			
Nature du véhicule et Marque			
N° d'immatriculation			
<b>Compagnie d'Assurances</b>			
Agent d'Assurances			
Adresse de l'agent			
N° du contrat d'assurance			
<b>DOMMAGES DE L'ADVERSAIRE:</b>			
(Description détaillée et importance des dommages)			
Estimation approximative du coût des réparations			

## DOMMAGES A VOTRE VEHICULE:

Préciser dans tous les cas la nature et l'emplacement des dommages: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Véhicule visible à partir du: \_\_\_\_\_  
 à (lieu): \_\_\_\_\_

Estimation approximative du coût des réparations: _____
---------------------------------------------------------

## TEMOINS:

	NOM ET PRENOM	ADRESSE EXACTE	OBSERVATIONS (1)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

(1) Préciser ici si les témoins étaient { A) Transportés dans la voiture assurée (Parents, préposés, voyageurs transportés à titre gratuit).  
 B) Transportés dans une voiture adverse (Parents, préposés, voyageurs transportés à titre gratuit).  
 C) Indépendants des parties en cause.



