



CAM btp

CAISSE D'ASSURANCE MUTUELLE DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables

Entreprise 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 la **CAM btp**
ET AU PLUS TARD CINQ JOURS APRÈS L'ACCIDENT

ASSURE:		
N° Sociétaire	<input type="text"/>	NOM ou RAISON SOCIALE
Nom de v/employeur:
Profession:	Adresse
Téléphone:

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 la CAM btp)

VEHICULE	Numéro d'immatriculation <input 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 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 ^{er} Adversaire	2 ^e Adversaire	3 ^e Adversaire
PROPRIETAIRE:			
Nom et prénom			
Adresse			
Profession			
Est-il salarié de votre Entreprise?			
CONDUCTEUR: Nom et prénom			
Adresse			
Nature du véhicule et Marque			
N° d'immatriculation			
Compagnie d'Assurances			
Agent d'Assurances			
Adresse de l'agent			
N° du contrat d'assurance			
DOMMAGES DE L'ADVERSAIRE:			
(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.

BLESSES

CONDUCTEUR DU VEHICULE ASSURE (joindre un certificat médical)

Nature des blessures: _____

Hospitalisé à _____ durée _____

BLESSES TRANSPORTES DANS LE VEHICULE ASSURE

	1 ^{er} Victime	2 ^e Victime	3 ^e Victime
Nom			
Prénom			
Lien avec l'assuré			
Adresse			
Age ou date de naissance			
Profession			
Nature des blessures			
Hospitalisé à			
Si le blessé est salarié de l'assuré, préciser si l'accident est survenu en dehors des heures de travail			

ADVERSAIRES BLESSES

	1 ^{er} Victime	2 ^e Victime	3 ^e Victime
Nom			
Prénom			
Adresse			
Age ou date de naissance			
Profession			
Nature des blessures			
Hospitalisé à			
Où se trouvait le blessé au moment de l'accident?			