



Déclaration d'Accident Automobile

Ne Constitue pas une reconnaissance de responsabilité, mais un relevé des identités et des faits. Aucune réparation ne peut être entamée avant que le devis ne soit présenté.

A remplir par l'assuré et à transmettre dans les quinze jours à la SOCABU. (dans les 24 heures en cas de vol du véhicule).

1. Date de l'accident	Heure	2.lieu	3.blessés même légers non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4.dégâts matériels autres qu'aux véhicules. non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	5. date de déclaration :		Nombre de véhicules tiers : <input type="text"/>
6. garanties souscrites :			

Véhicule assuré

7.Société d'Assurances

Police d'Assurance N°

Attestation Valable.....

Du.....au.....

8.Identité du Conducteur

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Tél.

Permis de Conduire N°

Date d'expiration.....

9.Assuré (voir attest.d'assur.)

Nom.....

Prénom.....

Adresse :

Tél.

10.Identité du Véhicule

Marque,Type.....

N° d'immatriculation.....

N° de chassis.....

11. Indiquer par une flèche

Le point de choc initial

A

Véhicule Tiers

B

7.Société d'Assurances

Véhicule assure par.....

Police d'Assurance N°

Attestation Valable.....

Du.....au.....

8.Identité du Conducteur

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Tél.

Permis de Conduire N°

Date d'expiration.....

9.Assuré (voir attest.d'assur.)

Nom.....

Prénom.....

Adresse :

Tél.

10.Identité du Véhicule

Marque,Type.....

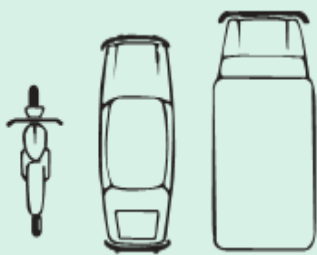
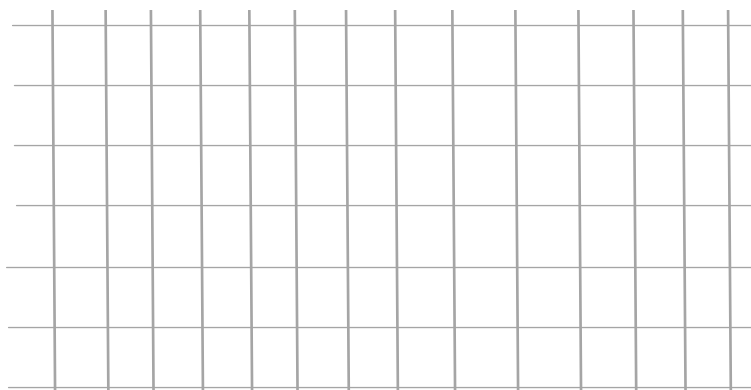
N° d'immatriculation.....

N° de chassis.....

11. Indiquer par une flèche

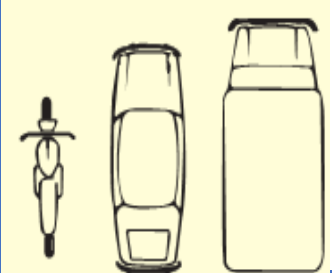
Le point de choc initial

Croquis de l'accident au moment du choc



12. Dégâts apparents au Véhicule Assuré

.....
.....
.....



12. Dégâts apparents au Véhicule Tiers

.....
.....
.....

DECLARATION

13. Circonstances de l'accident :.....

.....
.....
.....
.....
.....

14. Y a-t-il eu un constat de l'OPJ ? non oui

- Nom & Prénom de l'OPJ :.....

- Téléphone :.....

15. **Conducteur** du véhicule assuré

- Est-il responsable de l'accident? oui non

- As-tu contacté la SOCABU au moment de l'accident ? oui non

- Si non pourquoi ?.....

16. **Dégâts** autres qu'aux véhicules concernés (nom et adresse du propriétaire) :

a) Dégâts matériels :.....
.....
.....

b) Dégâts humains :

- Nature de dégâts : Blessé Décès

Nombre (s) :.....

Relation avec l'assuré :.....

Tél :.....

.....
.....
.....

Je jure que les informations ci-haut fournies sont conformes à la réalité.

A.....,le.....

**Signature du propriétaire et / ou
du preneur d'assurance**

Signature du conducteur