

Date de l'accident <u>13/09/18</u>	Heure	Localisation : Pays : <u>FR</u>	Lieu : <u>Casernes des Pompier de Bellet</u>	Blessé(s) même léger(s) non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-------	------------------------------------	--	---

Dégâts matériels à des véhicules autres que A et B non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	objets autres que des véhicules non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Témoins : noms, adresses et tél.
---	--	----------------------------------

**VÉHICULE A**

6 Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)  
NOM : RAMASSAMY  
Prénom : [REDACTED]  
Adresse : [REDACTED]  
Code postal : [REDACTED]  
Tél. ou e-mail : [REDACTED]

7 Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type : <u>Peugeot 206</u>	
N° d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>	N° d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>
Pays d'immatriculation : <u>Guadeloupe</u>	Pays d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)  
NOM : [REDACTED]  
N° de contrat : [REDACTED]  
N° de carte : [REDACTED]  
Attestation d'assurance ou carte verte valable du : 26/18 au : 16/09/18  
Agence (ou bureau, ou courtier) : [REDACTED]  
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non  oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)  
NOM : RAMASSAMY  
Prénom : Alison  
Date de naissance : [REDACTED]  
Adresse : [REDACTED]  
Pays : [REDACTED]  
Tél. ou e-mail : [REDACTED]  
Permis de conduire n° : [REDACTED]  
Catégorie (A, B, ... ) : [REDACTED]  
Permis valable jusqu'au : [REDACTED]

**12. CIRCONSTANCES**

Mettre une croix dans chacune des cases utiles pour préciser le croquis

A	B
<input checked="" type="checkbox"/> 1 * en stationnement / à l'arrêt	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 prenait un stationnement	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6 s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 roulait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10 changeait de file	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11 doublait	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12 virait à droite	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13 virait à gauche	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14 reculait	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16 venait de droite (dans un carrefour)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/> 17

← indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

A signer obligatoirement par les DEUX conducteurs  
Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement

**VÉHICULE B**

6 Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance)  
NOM : Service Départemental  
Prénom : d'Incendie et de Secours de la  
Adresse : Place de la Providence Zac Dattel  
Code postal : 97139 Pays : Les Antilles Gpe  
Tél. ou e-mail : [REDACTED]

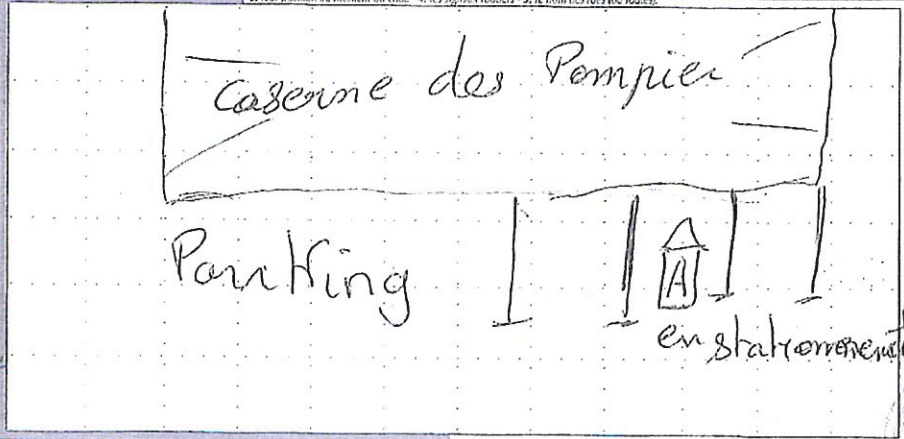
7 Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type : <u>[REDACTED]</u>	
N° d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>	N° d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>
Pays d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>	Pays d'immatriculation : <u>[REDACTED]</u>

8 Société d'assurance (voir attestation d'assurance)  
NOM : APRIL  
N° de contrat : [REDACTED]  
N° de carte verte : [REDACTED]  
Attestation d'assurance ou carte verte valable du : [REDACTED] au : [REDACTED]  
Agence (ou bureau, ou courtier) : [REDACTED]  
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat ? non  oui

9 Conducteur (voir permis de conduire)  
NOM : CHIFFAÏRAI  
Prénom : [REDACTED]  
Date de naissance : 15/02/2013  
Adresse : [REDACTED]  
Pays : [REDACTED]  
Tél. ou e-mail : [REDACTED]  
Permis de conduire n° : [REDACTED]  
Catégorie (A, B, ... ) : [REDACTED]  
Permis valable jusqu'au : [REDACTED]

10 Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →



10 Indiquer le point de choc initial au véhicule B par une flèche →

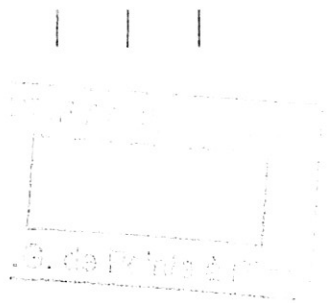
11 Dégâts apparents au véhicule A : renforcement air de droite

11 Dégâts apparents au véhicule B :

14 Mes observations :  
La voiture était en stationnement dans le parking du S.D.I.S. et a été heurtée par un élément [REDACTED]

15 Signature des conducteurs  
[REDACTED]

14 Mes observations :



2020030301 N1 87RICH A101  
000006 (000006) - 0001/0001  
CL0419 (211562)

DE FRANCE

STE GMF ASSURANCE  
GMF ASSURANCE  
CENTRE DE GESTION  
BP 2501 VOIE VERTE FOND BOISNEUF  
97086 JARRY CEDEX

020-6719

Paris, le 3 Mars 2020

-JOINT LE CHEQUE N° 8728255 DE 349.92 EUR  
VOS REF 003.401.800.K RAMASSAMY

DAME, MONSIEUR, NOS SALUTATIONS DISTINGUEES

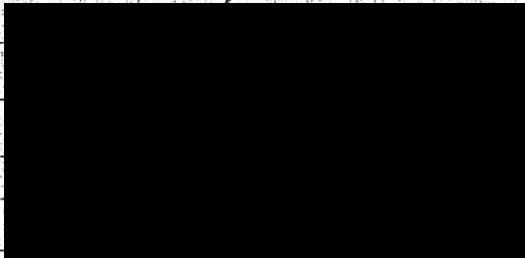
MME HEBREU

ALLIANZIARD  
se régie par le Code des assurances - Société anonyme au capital de 991 967 200 euros  
Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX  
542 110 291 R.C.S. Nanterre

11. Avr. 2019 16:07  
 Le 11 Avril 2019

N° 3544 P. 50

FACTURE N°


RANASIMY Alex  


11 AVR. 2019  
 13 rue Gratiot 97120 SAINT-CLAUDE  
 0590 61 48 33 0590 86 25 58  
 377 737 465 00023 APE 502 Z

Notre N° TVA

Votre N° TVA

1	Echange Aile Avant droite + peinture	179,65
2		
3		
4	Tolene 1A50X 59	88,50
5	Peinture 2H X 59	118
6	Imprimant 2A X 41	82
7		888,50
8	8,5% TVA	24,52
9		313,02
10	total piece	185,15
11		498,17
12	payé en espèces	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

  
 13 rue Gratiot 97120 SAINT-CLAUDE  
 0590 61 48 33 0590 86 25 58  
 377 737 465 00023 APE 502 Z

RÈGLEMENT :	TOTAL H.T.	Taux TVA	TOTAL T.V.A.	TOTAL T.T.C.
CONDITIONS D'ESCOMPTE POUR PAIEMENT ANTICIPÉ :				
ÉCHÉANCE :	TOTALISATION			

Conformément à l'Art. D.441-5, le montant de l'indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement prévue au 12<sup>e</sup> alinéa du I de l'article L.441-6 est fixé à 40 euros.

CLAUSE DE RÉSERVE DE PROPRIÉTÉ : En application de la loi 80-335 du 12 mai 1980, les marchandises restent la propriété du vendeur jusqu'au paiement intégral de leur prix. Les risques inhérents aux dites marchandises sont transférés à l'acheteur dès la livraison.

Zimbra

cindy.firmin@sdis971.fr

---

**RE: RECLAMATION FRANCHISE / DOSSIER 3401800K- V/REF. contrat CA/231353**

---

**De :** CG-POINTEAPITRE <cg-pointeapitre@gmf.fr>      lun., 14 sept. 2020 08:44  
**Objet :** RE: RECLAMATION FRANCHISE / DOSSIER  
3401800K- V/REF. contrat CA/231353  
**À :** 'Cindy FIRMIN SDIS971' <cindy.firmin@sdis971.fr>

Bonjour,

Ayant reçu directement le règlement d'Allianz, veuillez noter que GMF a procédé au paiement par chèque de Mme RAMASSAMY le 09 Septembre 2020.

Cordialement.

BATISTE J

**De :** Cindy FIRMIN SDIS971 [mailto:cindy.firmin@sdis971.fr]  
**Envoyé :** lundi 14 septembre 2020 13:34  
**À :** CG-POINTEAPITRE  
**Cc :** Corinne MARC SDIS971; Yolaine MOUEZA SDIS971  
**Objet :** Re: RECLAMATION FRANCHISE / DOSSIER 3401800K- V/REF. contrat CA/231353

Bonjour,

Je vous remercie pour ce rappel.

Une délibération sera prise en ce sens lors du prochain Bureau / CASDIS.

Pourriez-vous par ailleurs m'indiquer quand le chèque de règlement de la société ALLIANZ sera transmis à Madame RAMASSAMY ?

Dans l'attente de vous lire,

Cordialement.

---

**De :** "CG-POINTEAPITRE" <cg\_pointeapitre@gmf.fr>  
**À :** "Cindy FIRMIN SDIS971" <cindy.firmin@sdis971.fr>  
**Envoyé :** Jeudi 10 Septembre 2020 15:21:54  
**Objet :** TR: RECLAMATION FRANCHISE / DOSSIER 3401800K- V/REF. contrat CA/231353

RAPPEL !

Bonjour Mme FIRMIN,

Je reviens vers vous depuis mon mail du 17/04 dans le cadre de l'affaire en référence.

J'attends de vous lire sur le règlement de votre franchise.

Cordialement.

Marika LAFLEUR

**De :** CG-POINTEAPITRE

**Envoyé :** vendredi 17 avril 2020 16:38

**À :** 'cindy.firmin@sdis971.fr'

**Objet :** RECLAMATION FRANCHISE / DOSSIER 3401800K- V/REF. contrat CA/231353

Bonjour Mme FIRMIN,

Suite à notre dernier entretien téléphonique, je viens par la présente vous réclamer le montant de votre franchise contractuelle de 150 euros.

Vous trouverez en pièce jointe copie des pièces de mon dossier, notamment le chèque de remboursement de votre assureur ALLIANZ.

Dans l'attente de votre règlement.

Cordialement.

Marika LAFLEUR

--

**Cindy FIRMIN**

**Chef du Service des Affaires Juridiques**

**Groupement Administration Finances**

**SDIS de la Guadeloupe**

**ZAC de Perrin**

**97139 Les Abymes**

**Tel : 0590.48.36.76**

**Courriel : [cindy.firmin@sdis971.fr](mailto:cindy.firmin@sdis971.fr)**

---