

B.C.T.

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Statuant en matière de véhicules terrestres à moteur

Paris, le

Comme suite à votre demande reçue ce jour, nous avons l'honneur de vous prier de bien vouloir trouver au verso la procédure à suivre par toute personne sollicitant l'intervention du BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION en vue de satisfaire à l'obligation d'assurance des véhicules terrestres à moteur en matière de **responsabilité civile uniquement**.

Il est bien entendu que le Bureau n'intervient que dans le cas où une personne a adressé sans succès une proposition d'assurance à la société qu'elle a librement choisie.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'un dossier ne peut être examiné que si toutes les pièces demandées sont fournies et les délais strictement respectés.

L'affaire sera instruite dès réception du dossier complet et le moment venu, la décision prise par le Bureau sera portée à votre connaissance.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

LE SECRETARIAT DU
BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION,

REmplir IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

IMPORTANT : IL EST IMPERATIF DE SUIVRE LES INSTRUCTIONS AU VERSO DE CETTE FEUILLE.

1 Rue Jules Lefebvre 75431 PARIS CEDEX 09

Tél. 01.53.21.50.40 - Fax. 01.53.21.50.47



bct@agira.asso.fr - www.bureaucentraldetarification.com.fr

PROCEDURE A SUIVRE POUR OBTENIR L'INTERVENTION DU BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION AUTOMOBILE

Avant de saisir le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION, vous devez rechercher la société d'assurance dont le tarif vous est le plus favorable, car c'est sur cette base que le B.C.T. prendra sa décision.

- ❶ Demandez à la société d'assurance que vous avez choisie (ou à son agence) deux exemplaires de l'imprimé dénommé : « **proposition d'assurance** ».
Si vous éprouvez des difficultés à les obtenir, servez-vous des deux exemplaires de propositions annexés à la présente procédure.
- ❷ Remplissez les deux exemplaires.
- ❸ Adressez un exemplaire de la proposition d'assurance en **recommandée avec accusé de réception** au **siège social** ou à la **délégation régionale** de la société (et non à son agence ni à un courtier).
Joignez également un relevé d'informations de votre ou vos ancienne(s) compagnie(s), la photocopie de la carte grise et de votre permis de conduire.
- ❹ Demandez en même temps à la société un **devis hors taxes pour le BCT, relatif au calcul de la prime** exigible en cas d'assurance : prime responsabilité civile, surprime conducteur novice, majorations pour circonstances aggravantes, réductions ou majorations diverses. En application des dispositions de l'Art. R-250.4 du Code des Assurances, **la société sollicitée est tenue de fournir ledit devis.**
- ❺ Sans réponse dans les 15 jours, adresser au BCT en recommandé avec AR, le 2^{ème} exemplaire de la proposition d'assurance (celui que vous avez conservé), l'avis postal de réception signé par la compagnie ainsi qu'un relevé d'information de votre ou vos ancienne(s) compagnie(s).

Attention, pour que le bureau central de tarification puisse accepter votre demande, vous devez saisir lui envoyer votre dossier au plus tard dans les 15 jours qui suivent

- La lettre de refus s'il y a refus explicite.
- La fin du délai de 15 jours si le refus est implicite,

par **lettre recommandée avec accusé réception**.

- ❻ Ceci ne vous dispense pas de relancer la société d'assurance pour obtenir le devis, indispensable à l'instruction de votre dossier et nous le faire parvenir.

Nota : Toutes les demandes recevables parvenues au BCT donnent lieu à une décision qui s'impose à la compagnie d'assurance.

Nous vous précisons que l'instruction d'un dossier demande environ 1 à 2 mois.

Je soussigné demande l'intervention du Bureau Central de Tarification Automobile pour me procurer un contrat d'assurance.

Voici le nom complet de la société d'assurance que j'ai sollicité sans succès.....

Pièces à joindre au BCT :

- La proposition d'assurance
- L'avis postal de réception signé par le siège social ou la délégation régionale de la société
- Le devis accompagné de la lettre de refus de la société
- Copie de la carte grise du véhicule
- Copie du permis de conduire
- Relevé d'informations
- Décision judiciaire en cas d'alcoolémie et/ou de stupéfiants
- Dernier avis d'échéance de votre contrat automobile

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

Signature :

PROPOSITION D'ASSURANCE

REMPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

SOCIETE A SOLLICITER : _____

DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____

ADRESSE : _____

SITUATION DE FAMILLE : _____ PROFESSION : _____

CATEGORIE(S) DE PERMIS DE CONDUIRE : _____ N° _____ DATE DE DELIVRANCE _____

AVEZ-VOUS EU : UNE SUSPENSION OU UNE ANNULATION DE PERMIS

EST-CE DU A : UN ACCIDENT OU UN CONTROLE DE POLICE

DATE DE L'EVENEMENT : _____ CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE STUPEFIANTS

DUREE DE LA SUSPENSION OU DE L'ANNULATION DE PERMIS : _____

SI ANNULATION, PRECISER LES DATES DES 1^{er} ET 2^{eme} PERMIS : _____

EN CAS D'ALCOOLEMIE , INDIQUER LE TAUX RELEVÉ (joindre la décision judiciaire) _____

DECLARATION CONCERNANT LE CONDUCTEUR HABITUEL :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SITUATION DE FAMILLE _____ PROFESSION _____

ADRESSE : _____

ETES-VOUS ATTEINT D'INFIRMITE OU DE MALADIE GRAVE GENANT LA CONDUITE DU VEHICULE ?

OUI NON SI OUI, LAQUELLE _____

LE CONDUCTEUR HABITUEL EST-IL DIFFERENT DU TITULAIRE DE LA CARTE GRISE OUI NON

DESCRIPTION DU VEHICULE : (joindre copie de la carte grise)

N° D'IMMATRICULATION : _____ MARQUE : _____ MODELE : _____

DATE DE 1^{ere} MISE EN CIRC. : _____ PUISSANCE : _____ LIEU DE GARAGE HABITUEL : _____

Y A-T-IL UNE REMORQUE, SI OUI, INDIQUER LE PTC DE CELLE-CI : _____

USAGE DECLARE : Affaires - Promenade-trajet - Retraite - Taxi - Autre - Spécial _____

Préciser la catégorie socio-professionnelle du conducteur habituel : _____

DECLARATION CONCERNANT LE OU LES CONDUCTEUR(S) DESIGNES (S) :

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____
ADRESSE : _____
SITUATION DE FAMILLE : _____ PROFESSION : _____

CATEGORIE(S) DE PERMIS DE CONDUIRE : ____ N° _____ DATE DE DELIVRANCE _____
AVEZ-VOUS EU : UNE SUSPENSION OU UNE ANNULATION DE PERMIS
EST-CE DU A : UN ACCIDENT OU UN CONTROLE DE POLICE
DATE DE L'EVENEMENT : _____ CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE STUPEFIANTS
DUREE DE LA SUSPENSION OU DE L'ANNULATION DE PERMIS : _____
SI ANNULATION, PRECISER LES DATES DES 1^{er} ET 2^{eme} PERMIS : _____
EN CAS D'ALCOOLEMIE , INDIQUER LE TAUX RELEVE (joindre la décision judiciaire) _____

ASSURANCE :

Quelles sont les compagnies ayant garanti le ou les véhicule(s) au cours des 3 dernières années ?
(joindre un relevé d'informations)

NOM DE LA COMPAGNIE : _____
NUMERO DU CONTRAT : _____
DATE DE SOUSCRIPTION : _____
DATE DE RESILIATION : _____
Indiquez votre prime antérieure responsabilité civile HT et hors coefficient : _____ (joindre dernier avis d'échéance)
Quelles étaient les clauses de votre contrat ?
Si l'assurance a été interrompue
Durée : _____ motif : _____

MOTIF DE LA RESILIATION (répondre par oui ou par non)

- non paiement des primes :
- sinistralité importante :
- conduite en état d'ivresse :
- conduite sous l'emprise de stupéfiants :
- suspension de permis :
- délit de fuite après accident :
- nullité de contrat pour fausse déclaration :
- à l'initiative de l'assuré :
- à l'initiative de l'assureur :
- autre motifs éventuels à préciser :

COEFFICIENT REDUCTION-MAJORATION (bonus-malus)
à la date de la résiliation (joindre un relevé d'informations)

Fait à : _____ le : _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

PROPOSITION D'ASSURANCE

REmplir IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

SOCIETE A SOLLICITER : _____

DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____

ADRESSE : _____

SITUATION DE FAMILLE : _____ PROFESSION : _____

CATEGORIE(S) DE PERMIS DE CONDUIRE : _____ N° _____ DATE DE DELIVRANCE _____

AVEZ-VOUS EU : UNE SUSPENSION OU UNE ANNULATION DE PERMIS

EST-CE DU A : UN ACCIDENT OU UN CONTROLE DE POLICE

DATE DE L'EVENEMENT : _____ CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE STUPEFIANTS

DUREE DE LA SUSPENSION OU DE L'ANNULATION DE PERMIS : _____

SI ANNULATION, PRECISER LES DATES DES 1^{er} ET 2^{eme} PERMIS : _____

EN CAS D'ALCOOLEMIE , INDIQUER LE TAUX RELEVÉ (joindre la décision judiciaire) _____

DECLARATION CONCERNANT LE CONDUCTEUR HABITUEL :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SITUATION DE FAMILLE _____ PROFESSION _____

ADRESSE : _____

ETES-VOUS ATTEINT D'INFIRMITE OU DE MALADIE GRAVE GENANT LA CONDUITE DU VEHICULE ?

OUI NON SI OUI, LAQUELLE _____

LE CONDUCTEUR HABITUEL EST-IL DIFFERENT DU TITULAIRE DE LA CARTE GRISE OUI NON

DESCRIPTION DU VEHICULE : (joindre copie de la carte grise)

N° D'IMMATRICULATION : _____ MARQUE : _____ MODELE : _____

DATE DE 1^{ere} MISE EN CIRC. : _____ PUISSANCE : _____ LIEU DE GARAGE HABITUEL : _____

Y A-T-IL UNE REMORQUE, SI OUI, INDIQUER LE PTC DE CELLE-CI : _____

USAGE DECLARE : Affaires - Promenade-trajet - Retraite - Taxi - Autre - Spécial _____

Préciser la catégorie socio-professionnelle du conducteur habituel : _____

DECLARATION CONCERNANT LE OU LES CONDUCTEUR(S) DESIGNES (S) :

NOM : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____
 ADRESSE : _____

 SITUATION DE FAMILLE : _____ PROFESSION : _____

CATEGORIE(S) DE PERMIS DE CONDUIRE : ____ N° _____ DATE DE DELIVRANCE _____
 AVEZ-VOUS EU : UNE SUSPENSION OU UNE ANNULATION DE PERMIS
 EST-CE DU A : UN ACCIDENT OU UN CONTROLE DE POLICE
 DATE DE L'EVENEMENT : _____ CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE STUPEFIANTS
 DUREE DE LA SUSPENSION OU DE L'ANNULATION DE PERMIS : _____
 SI ANNULATION, PRECISER LES DATES DES 1^{er} ET 2^{ème} PERMIS : _____
 EN CAS D'ALCOOLEMIE , INDIQUER LE TAUX RELEVÉ (joindre la décision judiciaire) _____

ASSURANCE :

Quelles sont les compagnies ayant garanti le ou les véhicule(s) au cours des 3 dernières années ?
 (joindre un relevé d'informations)

<p>NOM DE LA COMPAGNIE : _____</p> <p>NUMERO DU CONTRAT : _____</p> <p>DATE DE SOUSCRIPTION : _____</p> <p>DATE DE RESILIATION : _____</p> <p>Indiquez votre prime antérieure responsabilité civile HT et hors coefficient : _____ (joindre dernier avis d'échéance)</p> <p>Quelles étaient les clauses de votre contrat ? Si l'assurance a été interrompue Durée : _____ motif : _____</p> <p>MOTIF DE LA RESILIATION (répondre par oui ou par non)</p> <ul style="list-style-type: none"> - non paiement des primes : - sinistralité importante : - conduite en état d'ivresse : - conduite sous l'emprise de stupéfiants : - suspension de permis : - délit de fuite après accident : - nullité de contrat pour fausse déclaration : - à l'initiative de l'assuré : - à l'initiative de l'assureur : - autre motifs éventuels à préciser : <p>_____</p> <p>COEFFICIENT REDUCTION-MAJORATION (bonus-malus) à la date de la résiliation (joindre un relevé d'informations)</p>	
--	--

Fait à : _____ le : _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :