

DÉCLARATION D'ACCIDENT AUTOMOBILE

AGENCE OU COURTIER GESTIONNAIRE : CODE :

Police N° N° Sinistre : Garantie(s) en jeu :

Évaluation au 1^{er} Franc :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date : Heure :

Lieu : Ville, Commune ou Localité : Province :

Mouvement : (1)

(1) En stationnement ; en arrêt ; venant de... et allant à... etc.

ASSURÉ

Nom et prénoms :

Profession :

Adresse : Tél. : Télécopie :

Date et lieu de naissance :

VÉHICULE ASSURÉ

Genre : (automobile, moto, autres) Carrosserie :

Marque : Année de construction : Puissance en CV :

Numéro d'immatriculation : Usage :

CONDUCTEUR

Nom et prénoms : Profession :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Qualité par rapport à l'assuré Salarié : Non salarié (1) :

Permis de conduire : Date : N° Catégories : A, B, C, D, E, F (1)

Catégories C, D, E : Date du dernier renouvellement :

(1) Rayer les mentions inutiles.

TIERS

1^{er}

2^e

Nom et prénoms :

Profession :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Police d'assurance N° :

Compagnie :

Agence / Courtier :

VÉHICULE(S) TIERS**1^{er}****2^e**

Genre : (automobile, moto, autres) :

Marque :

Année de construction :

Puissance en CV :

Numéro d'immatriculation :

CONDUCTEUR(S)**1^{er}****2^e**

Nom et prénoms :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Permis de conduire : Date :

N° :

Catégories (A, B, C, D, E, F) (1) :

Catégories C, D, E : dernier renouvellement :

(1) Rayer les mentions inutiles.

**DOMMAGES SUBIS PAR L'ASSURÉ
DOMMAGES AUX TIERS****MATÉRIELS :****Véhicule assuré****Véhicule(s) tiers**

Siège des dommages (1) :

Description des dommages :

Où la voiture est-elle visible ?

(1) Avant, arrière, tiers avant, tiers arrière.

CORPORELS :**Véhicule assuré****Véhicule(s) tiers**

Noms et adresse des victimes M

M

M

Siège et description des blessures (1)

(2)

(3)

Hôpital d'accueil :

Y a-t-il eu rapport d'agent de police ou de gendarmerie ou PV de police ou de gendarmerie ? N°

Commissariat de ou brigade de

TÉMOINS**1^{er}****2^e****3^e**

Noms :

Adresse :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Empty box for accident circumstances.

CROQUIS DES LIEUX DE L'ACCIDENT

Empty box for sketch of accident locations.

Date de la déclaration : Signature.....

Partie réservée à la Compagnie ou à l'Agent / Courtier

Police N° :	GARANTIES SOUSCRITES ET MONTANT DES CAPITAUX
Effet :	Responsabilité Civile : } Corporel : illimité
Échéance :	RTI : } Matériel : 500.000.000 FCFA
Avenant N° : ; Type :	D/R : 500.000 FCFA
Date d'effet :	Incendie :
Date du paiement de la prime :	Vol :
Immatriculation du véhicule :	Dommages :
Usage :	B D G :
	I P T :
	- Décès / invalidité :
	- F M :
	Franchise :