



assurances

Siège Social: 1881, Bd de l'Indépendance
 B.P. 201 Libreville Gabon
 Tél.: 01 76 15 96 / 01 76 04 95
 Fax: 01 76 58 16 / 01 74 46 43
 e-mail: infos@groupeogar.com
 Site web: www.groupeogar.com

POLICE N°:

N° DU SINISTRE:

DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

DATE: HEURE:

LIEU:

ASSURE

Nom et Prénoms:
 Profession:
 Domicile: B.P.
 Téléphone:
 e-mail:

VEHICULE ASSURE

Genre:
 Marque:
 Valeur:
 Année de construction:
 Numéro d'immatriculation:
 Force en C.V.:
 Où la voiture est-elle visible:
 Téléphone:

CONDUCTEUR

Nom et Prénoms:
 Domicile:
 Date et lieu de naissance:
 Tél.:
 Qualité par rapport à l'Assuré:
 Salarié Non salarié
 Permis de conduire: Date:
 N°:
 Catégorie:
 Téléphone:
 e-mail:

DOMMAGES SUBIS PAR L'ASSURE

- 1 - MATERIELS:
- 2 - CORPORELS:
- 3 - PERSONNES TRANSPORTEES:

IDENTITE DU 1er TIERS

Nom et Prénoms:
 Profession:
 B.P.

DU 2e TIERS

VEHICULE

Genre:
 Marque:
 Numéro d'immatriculation:
 Force en C.V.:
 Où la voiture est-elle visible:

CONDUCTEUR

Nom et Prénoms:
 Domicile: Tél.:
 Date et lieu de naissance:
 Permis de conduire: Date:
 N°:
 Compagnie d'assurances:
 Agence:
 Police N°:

DOMMAGES

- 1 - MATERIELS: Nom et adresse des victimes
- M.....
- M.....
- M.....
- Nature des blessures.....
- Où les soins furent-ils donnés?.....
- 2 - MATERIELS - Nature des dommages:

Les faits ont-ils été constatés par un agent de l'autorité? N° de l'agent:.....

Y a-t-il eu contravention? Arrondissement ou brigade de:.....

Avez-vous demandé le rapport?

TEMOINS

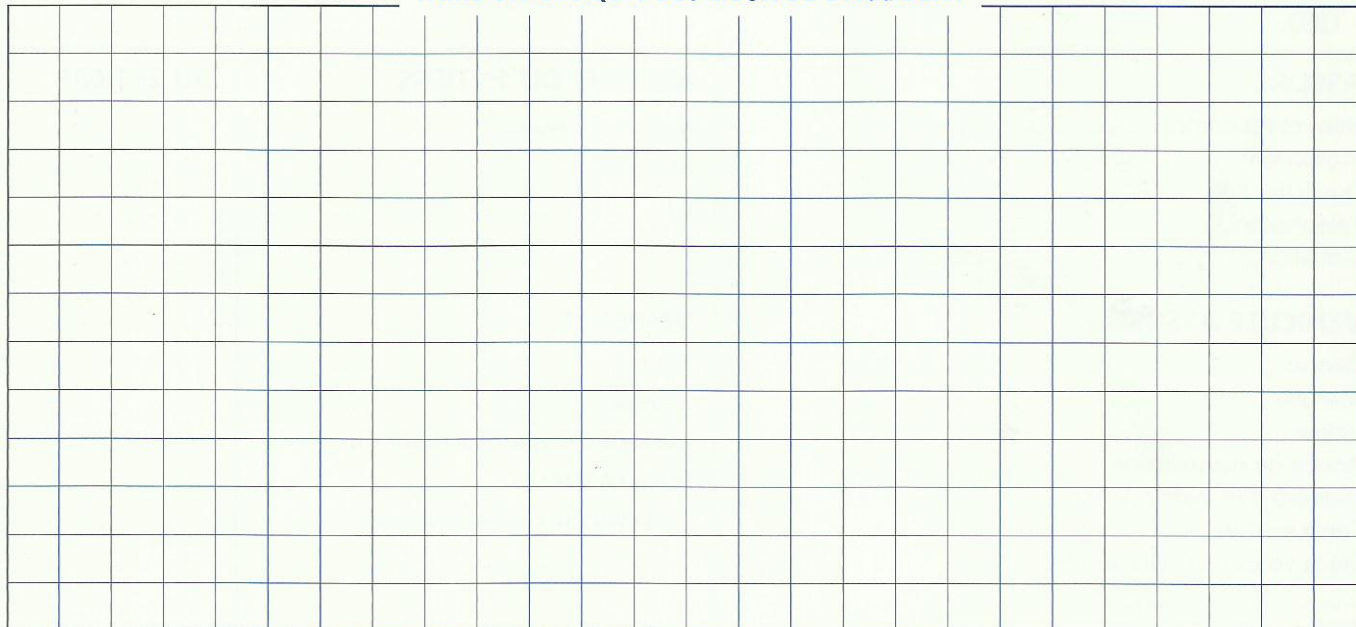
1 M:..... Adresse:.....

2 M:..... Adresse:.....

3 M:..... Adresse:.....

4 M:..... Adresse:.....

FAIRE UN CROQUIS DES LIEUX DE L'ACCIDENT



CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

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

A , le 20

Signature