

AGENCE



DECLARATION DE SINISTRE D.C

CODE CARTE	EXERCICE	DATE ACCIDENT				N° DE DOSSIER						N° DE CONTRAT				CLASSIFICATION				
		JOUR	MOIS	ANNEE	AGENCE	N° ORDRE	AGENCE	N° ORDRE	CAT S/CAT	R										
1	2	3	4	5	6	9	8	9	10	11	12	13	17	18	20	21	25	26	29	30
S3																				

Code Reass	REOUVERTURE	PREVISION	DOSSIER
31	32 33 41	42	43
	Après classement		Premier dossier 1 <input type="checkbox"/> Nulle 1 <input type="checkbox"/>
	Dans l'année en cours <input type="checkbox"/> 6		Indeterminée 2 <input type="checkbox"/>
	Dans une année antérieure <input type="checkbox"/> 8		Autres dossiers 2 <input type="checkbox"/> Totale 3 <input type="checkbox"/>

ASSURE	ADVERSAIRE(S)
44	59
58	72

Profession _____ Adresse _____ _____	Adresse _____ Cie d'assurance _____ N° de police _____ N° d'Immatriculation _____ Marque - Type _____ Conducteur _____ Nature de dommages matériels _____ _____ Véhicule visible à _____
--	--

<p style="text-align: center;">VEHICULE ASSURE</p> immatriculation 73 80 <div style="background-color: #ccc; width: 200px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> Marque - Type _____ Visite Technique valable du _____ au _____ Usage au moment de l'accident _____ _____ Vehicule visible à _____ Nature de dommages matériels _____ _____	<p style="text-align: center;">AUTRES TIERS EN CAUSE</p> Nom _____ Adresse _____ N° d'immatriculation du véhicule _____ Cie d'assurance _____ N° de police _____ Nature de dommage matériels _____ _____
--	---

<p style="text-align: center;">CONDUCTEUR</p> Nom et Adresse _____ _____ Permis de conduire obtenu le : _____ N° _____ catégorie correspondant au véhicule assuré <input type="checkbox"/> Durée de validité (pour permis D) du _____ au _____ Délivré _____ le _____ Capacité taxi N° _____ Valable du _____ au _____ Salarié de l'assuré. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Bénéficierait-il de l'autorisation de conduire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">GARANTIES</p> R.C.-R.T.I. _____ Vol _____ Dommages _____ Incendie _____ Bris de glaces _____ Autres garanties _____ _____ Franchise _____ Période de garantie _____
--	---

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Lieu _____

Venant de _____

Allant à _____

En Circulation (1)

En Stationnement (1)

Hors agglomération (1)

EXPOSE DES FAITS

Noms et adresse des témoins _____

1 _____

2 _____

3 _____

CROQUIS

DOMMAGES CORPORELS

(Noms des victimes)

1 Dans le véhicule assuré	NOMS	Age	NATURE DES BLESSURES	LIEN DE PARENTE AVEC L'ASSURE
a) Conducteur	_____	_____	_____	_____
b) Passagers	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
2 Dans le ou les véhicules adverses				
a) Conducteur	_____	_____	_____	_____
b) Passagers	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
3 Autres blessés	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Accident de travail	<input type="checkbox"/>			
Accident de trajet	<input type="checkbox"/>			
Accident de vie privée	<input type="checkbox"/>			

ENQUETES

Y-a t-il constat d'hussier ? si Oui, nom et adresse _____

A la requête de qui ? _____

Y-a t-il enquête de gendarmerie ? _____ Brigade _____

Y-a t-il enquête de police ? _____ Commissariat _____

A

le

Signature

Conducteur

Assuré

(1) Rayer les mentions inutiles