

DEPARTEMENT INDEMNISATION IARD

DECLARATION DE SINISTRE AUTOMOBILE

NUMERO DE SINISTRE	DATE	HEURE	LIEU
---------------------------	-------------	--------------	-------------

ASSURE	ADVERSAIRE
Nom et Prénom Adresse : Profession : Tél : Contrat N°: Agence ou Courtier :	Nom et Prénom Adresse : Profession : Tél : Compagnie Assurances : Contrat N° :

CONDUCTEUR	CONDUCTEUR
Nom et Prénom : Né le : Adresse : Profession : Permis de conduire : Catégorie : Délivré le : A : Valable jusqu'au :	Nom et Prénom Né le : Adresse : Profession : Permis de conduire : Catégorie : Délivré le : A : Valable jusqu'au :

VEHICULE ASSURE	ADVERSAIRE
Marque : Type : IMMATRICULATION : Mis en circulation le : Date de validité Visite Technique : Usage lors de l'accident :	Marque : Type : IMMATRICULATION : Mis en circulation le : Date de validité Visite Technique : Usage lors de l'accident :

PIECES PARTIELLES			
P.V. de la Gendarmerie ou de Police :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Références :			
Constat d'huissier :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Constat amiable	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

<p style="text-align: center;">CIRCONSTANCES DETAILLEES</p> <p>Déroulement du sinistre :</p> <p>Témoin (autre que passager) :</p>	<p style="text-align: center;">CROQUIS SUCCINCT</p>
---	--

CONSEQUENCES MATERIELLES	
<p style="text-align: center;">ASSURE</p> <p>Point de choc initial :</p> <p>Dommmages :</p>	<p style="text-align: center;">ADVERSAIRE</p> <p>Point de choc initial :</p> <p>Dommmages :</p>

CONSEQUENCES CORPORELLES
<p>Nombre de Victimes :</p> <p>Nom et adresse de la victime - Nature des blessures - Piéton, Conducteur, Passager</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>

GARANTIES	EXPERTISE																						
<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">SINISTRES</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">SOUSCRITES</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> R.C. CIVILE</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> DOMMAGES T.R.</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> D. COLLISION</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> INCENDIE</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> VOL</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> VOL BRAQUAGE</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> VOL ACCESSOIRES</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> BRIS DE GLACES</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> ASS. JUDICIAIRE</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> AUTRE</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SINISTRES	SOUSCRITES	<input type="checkbox"/> R.C. CIVILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DOMMAGES T.R.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D. COLLISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCENDIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VOL BRAQUAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VOL ACCESSOIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BRIS DE GLACES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASS. JUDICIAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/>	<p>Nom de l'Expert</p> <p>Date de la mission :</p> <p>Véhicule assuré : <input type="checkbox"/></p> <p>Véhicule adverse : <input type="checkbox"/></p>
SINISTRES	SOUSCRITES																						
<input type="checkbox"/> R.C. CIVILE	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> DOMMAGES T.R.	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> D. COLLISION	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> INCENDIE	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> VOL	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> VOL BRAQUAGE	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> VOL ACCESSOIRES	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> BRIS DE GLACES	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> ASS. JUDICIAIRE	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/>																						
<small>Cadre réservé au Département Indemnisation de Allianz Cameroun Assurances</small>																							

Fait à _____, le _____

Signature de l'assuré