

DÉCLARATION D'ACCIDENT



Allianz Sénégal Assurances

Avenue Abdoulaye Fadiga x rue de Thann

Tél. : (221) 33 849 44 00

Fax : (221) 33 823 10 78

E-mail : allianz.senegal@allianz-sn.com

B.P. 2610 DAKAR (Sénégal)

Agence de Sinistre N°

Police n° Estimation

	ASSURÉ	ADVERSAIRE
Nom		
Adresse		
Nom du conducteur		
Age		
N° du permis		Assuré par
Lieu et date		Agent
Catégorie		Adresse
Vehicule	Marque N°.....	Marque N°.....

Date de l'accident à h.....

Lieu de l'accident

Constat dressé par Copie demandée le

Circonstances de l'accident

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

CROQUIS OBLIGATOIRE :

DOMMAGES MATÉRIELS ET CORPORELS

ASSURÉ

ADVERSAIRE

Emplacement des dégâts

Importance

Véhicules visibles chez

Expertise demandée

A le

A le

Nom du 1^{er} blessé

..... âge

..... âge

Adresse

Nature des blessures

Nom du 2^{ème} blessé

..... âge

..... âge

Adresse

Nature des blessures

Nom et adresse de l'Établissement où il a été transporté pour soins

Mise en demeure adressée le

Prime payée du au attestation N° du au

Témoins Adresse

Témoins Adresse

Je soussigné, déclare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts en tous points et que j'ai fait connaître tout ce que je savais sur l'accident faisant l'objet de la présente déclaration.

Fait à le

Signature de l'assuré

OBSERVATIONS