



B.P 4047 - Tél.: 01.79.80.80 - Fax: 01.74.18.46  
E-mail: axa-assurances@axa.ga

## DÉCLARATION DE SINISTRE AUTOMOBILE

AGENCE

SINISTRE { N° \_\_\_\_\_ M ou C  
du \_\_\_\_\_

POLICE { N° \_\_\_\_\_  
Sous-Catégorie \_\_\_\_\_

ÉVALUATION \_\_\_\_\_

SGIT - Imp. de Louis - 06-2017

Date:	Heure:	Lieu:	Venant de Se dirigeant vers
-------	--------	-------	--------------------------------

ASSURÉ		TIERS	
Nom:		Nom:	
Immatriculation:		Immatriculation:	
Adresse:	Tél.:	Adresse:	Tél.:
Conducteur:	Age:	Conducteur:	Age:
Qualité par rapport à l'Assuré:		Lieu de travail:	
Lieu d'habitation:		Lieu d'habitation:	
Permis de conduire N°:		Permis de conduire N°:	
Délivré le:	à:	Délivré le:	à:
Catégorie:	Validité:	Catégorie:	Validité:
Marque du véhicule:	Usage:	Marque de véhicule:	Usage:
Force:		Force:	
Visite technique du:		Compagnie d'assurance:	
		Agence:	
		Police N°:	
Nature des dégâts:		Nature des dégâts:	
Visibles à:		Visibles à:	
Identité des blessés:		Blessés:	

### TÉMOINS – (Préciser s'il s'agit d'un salarié ou d'une personne transportée)

Nom { 1 \_\_\_\_\_  
et adresse { 2 \_\_\_\_\_  
des témoins { 3 \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu rapport de police?   
ou P.V. de Gendarmerie?

N°

Circonstances détaillées:

PLAN

Date de la déclaration:

Nom du déclarant:

Signature:

---

**PARTIE RÉSERVÉE À L'AGENT**

---

Police N°:

Avenant N°:

Date d'effet:

Date du paiement de la prime:

Immatriculation véhicule:

Usage:

GARANTIES accordées:

Responsabilité Civile:

R T I:

Incendie:

Vol:

Domages:

Autres garanties:

Franchise:

---

**CORRESPONDANCE:**