

À remplir par l'intermédiaire

Garanties du contrat

Garanties	Sous garanties	Capital Assuré	Franchise
Responsabilité Civile			
Protection Juridique			
Tierce			
	Inondation		
	Vandalisme		
Dommage Collision			
Vol			
	Vol de l'autoradio		
	Optiques et rétroviseurs		
Incendie			
Bris de glace	Bris de glace		
	Optiques et rétroviseurs		
Protection du Conducteur			
PTA			
Rachat de vétusté			
Perte financière			
Accessoires hors série			
Bagages et effets personnels			

Observations

Date de réception de la déclaration

\_\_\_\_\_

Date de paiement de la dernière prime échue

\_\_\_\_\_

Si R.C. engagée, montant de la majoration perçue

\_\_\_\_\_

Montant éventuel des impayés de prime

\_\_\_\_\_

Autres polices dont le Client est titulaire

\_\_\_\_\_

Nombre de sinistres déclarés au jour de l'accident

\_\_\_\_\_

Mesures conservatoires prises par l'intermédiaire (enquête, expertise, demande de P.V., etc.)

\_\_\_\_\_

Fait à

\_\_\_\_\_

Signature de l'intermédiaire

\_\_\_\_\_

Le

\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DE SINISTRE

# ALLIANZ AUTO PLUS L'ASSURANCE DE ROULER SEREIN

Allianz Maroc - 166-168 Boulevard  
Mohamed Zerktoni 20060,  
Casablanca - Maroc

Société Anonyme au capital de  
147 000 000 Dirhams entièrement  
versés - Entreprise régie par la loi  
n° 17-99 portant code des assurances  
R.C. Casablanca N° 23.041  
Id. Fiscal N° 01084928  
TP N° 37 992 960 - C.N.S.S N° 1160952  
ICE N° 001536538000083

Téléphone: +212 (0) 522 49 97 00  
Fax : +212 (0) 522 22 55 21  
Site web : www.allianz.ma  
Centre Relation Client : 0801 00 18 18



Police n° \_\_\_\_\_ Attestation n° \_\_\_\_\_ Echéance \_\_\_\_\_ Code intermédiaire \_\_\_\_\_

**Assuré** \_\_\_\_\_

Nom et Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_

**Véhicule** \_\_\_\_\_

Marque \_\_\_\_\_ N° d'immatriculation \_\_\_\_\_ N° de la remorque \_\_\_\_\_ Usage \_\_\_\_\_

**Conducteur** \_\_\_\_\_

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Permis de conduire n° \_\_\_\_\_ Catégorie \_\_\_\_\_ Délivré le \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_  
 Durée de validité après visite médicale \_\_\_\_\_

**Tiers** \_\_\_\_\_

Nom et Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Conducteur \_\_\_\_\_ Carrosserie et n° d'imm. \_\_\_\_\_  
 Véhicule : Marque \_\_\_\_\_ Assuré à la Cie \_\_\_\_\_ Police n° \_\_\_\_\_

**Conséquence de l'accident/Sinistre** \_\_\_\_\_

Date de l'accident/Sinistre \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Endroit précis \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Votre véhicule** \_\_\_\_\_

Dommages \_\_\_\_\_  
 Adresse où votre véhicule est visible \_\_\_\_\_

Véhicule du tiers \_\_\_\_\_ Dommages \_\_\_\_\_

Blessés \_\_\_\_\_ Passagers blessés dans votre véhicule (1) \_\_\_\_\_

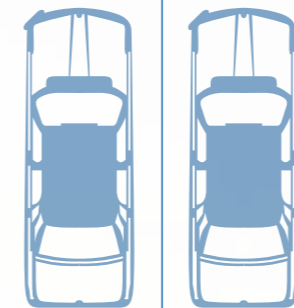
Piétons ou voyageurs blessés dans le véhicule adverse (1) \_\_\_\_\_

(1) Indiquer les nom, prénoms, adresse exacte, lien de parenté ou de préposition avec l'assuré ou le conducteur, nature et gravité des blessures et s'il y a eu transport à l'hôpital, indiquer l'adresse de cet établissement.

**Circonstances de l'accident/Sinistre** \_\_\_\_\_

Indiquer par une croix la partie endommagée du :

Véhicule assuré | Véhicule adverse



Description : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autorité qui a adressé le P.V. \_\_\_\_\_

N° de P.V. \_\_\_\_\_

Nom et Adresse des témoins (Spécifier parmi les témoins les passagers de votre véhicule, vos préposés, vos parents, en indiquant le degré de parenté)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je soussigné, déclare que toutes les réponses aux questions ci-dessus sont conformes à la vérité.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_